REPEALED

Repealed by S.M. 2019, c. 11, s. 5.
Date of repeal: 3 June 2019

This version was current for the period set out in the footer below.

It was the first version.

ABROGÉ

Abrogé par L.M. 2019, c. 11, s. 5.
Date d'abrogation : 3 juin 2019

La présente version était à jour pendant la période indiquée en bas de page.

Il s'agit de la première version.

THE DENTAL HEALTH SERVICES ACT
(C.C.S.M. c. D33)

Dental Health Fees Regulation

LOI SUR LES SOINS DENTAIRES
(c. D33 de la C.P.L.M.)

Règlement sur les honoraires relatifs aux soins dentaires

Regulation 7/93
Registered January 18, 1993

Règlement 7/93
Date d'enregistrement : le 18 janvier 1993

Sessional fees

1 The fee payable to a registered dentist hired on a part-time basis for the following services is $390. for a full day session, $195. for a half day session and $55.75 for a one hour session:

(a) examination of beneficiaries;

(b) provision of dental treatment;

(c) supervision of dental staff;

(d) providing instruction or upgrading to Dental Health staff.

Fees for dental services

2(1) The fee payable to a registered dentist for providing a dental service to an eligible beneficiary is the lesser of

(a) the usual and customary charge of a dentist to a private paying patient for the procedure performed; or

(b) the maximum fee for the procedure as set out in the schedule.

2(2) The fees set out under the heading "1992-93" in the Schedule are payable to registered dentists.

Honoraires de visite

1 Les honoraires versés à un dentiste, engagé à temps partiel, sont de 390 $ par jour, de 195 $ par demi-journée et de 55,75 $ l'heure pour les services suivants :

a) l'examen des bénéficiaires;

b) la prestation de soins dentaires;

c) la supervision du personnel dentaire;

d) l'enseignement dispensé au personnel dentaire ou la prestation de cours de perfectionnement à ce dernier.

Honoraires pour soins dentaires

2(1) Les honoraires versés à un dentiste pour les soins prodigués à un bénéficiaire admissible sont fixés au moindre des montants suivants :

a) les honoraires courants que le dentiste exige d'un patient qui règle lui-même le coût des soins dentaires;

b) les honoraires maximaux indiqués pour chacun des actes inscrits au barème figurant à l'annexe.

2(2) Les honoraires figurant à la colonne « 1992-1993 » de l'annexe sont versés aux dentistes.

2(3) The fees set out under the heading "SPEC. FEES" in the Schedule are payable to registered dentists who are certified and listed as specialists by the Manitoba Dental Association.

Repeal

3 Manitoba Regulation 65/91 is repealed.

Coming into force

4 This regulation is deemed to have come into force on April 1, 1992.

2(3) Les honoraires figurant à la colonne « HONORAIRES DE SPÉCIALISTE » de l'annexe sont versés aux dentistes certifiés dont le nom figure sur la liste de spécialistes de l'Association dentaire manitobaine.

Abrogation

3 Le *règlement du Manitoba* 65/91 est abrogé.

Entrée en vigueur

4 Le présent règlement s'applique à compter du 1er avril 1992.

SCHEDULE

DENTAL TREATMENT SERVICES
MANITOBA CHILDREN'S DENTAL PROGRAM
DELIVERED BY MANITOBA DENTAL ASSOCIATION

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
00001	In School Screening Exam	5.30	
11111+	Exam - Preventive Package - including oral exam, prophylaxis, minor scaling, topical application of fluoride, oral hygiene instruction.	32.00	
01202+	Oral Examination - Annual - Limit one per year	14.45	16.80
01204*	Specific Oral Exam - examination of specific area or tooth, referral exam from school-based program and emergency exam, etc., when no treatment is rendered. If procedure or treatment is provided, the procedure only, is allowed.	15.85	16.80
	INTRA-ORAL FILMS		
02111	Single film	8.20	8.20
02112	Two films	11.20	11.20
02113	Three films	14.30	14.30
02114*	Four films	17.20	17.20
02115*	Five films	19.55	19.55
02116*	Six films	21.75	21.75
13701	Interproximal discing or slicing of individual primary tooth	2.60	2.60

* Requires explanation on claim form.
\+ Only one of the above claims will be paid.
Package billings should be billed once per year.

Repealed version
Current from 1 Apr. 1993 to 3 June 2019

Version abrogée
À jour du 1er avril 1993 au 3 juin 2019

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
	SPACE MAINTAINERS		
	NOTE: The fee for the following preventive orthodontic appliances includes design, separation, fabrication, insertion and initial cementation. **(DENTIST FITTED BANDS REQUIRED)** Itemized charges must be supplied on lab bill with invoice for payment when requested.		
	THE CODING SYSTEM FOR A SPACE MAINTAINER IS:		
	1 0 Mx Right Quadrant 2 0 Mx Left Quadrant 3 0 Md Left Quadrant 4 0 Md Right Quadrant 0 1 Mx Left and Right Quadrants 0 2 Md Right and Left Quadrants 0 4 Mx Anterior Region 0 7 Md Anterior Region		
15101	Band type - fixed - unilateral	47.90+L	55.10+L
15102	Band type - fixed - bilateral (soldered lingual arch)	95.90+L	110.10+L
15104	Band type - tubes and locking wires, lingual arch	90.10+L	103.55+L
15202	Stainless steel crown (or band) type - fixed (with intra-alveolar attachment)	72.85+L	89.35+L
15601	Monitoring of space maintenance appliance(s) - maximum twice per year per patient; will not be paid if in conjunction with any examination code. - where there is more than one appliance per patient, only one monitoring fee will be paid. - only one monitoring fee can be billed per four month period. The CDP will only pay for the initial space maintainer, and routine monitoring. Replacement or repairs due to loss or breakage **WILL NOT** be covered.	22.10	27.70

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
	CARIES/TRAUMA/PAIN CONTROL		
20111*	Caries control - removal of carious lesions or existing restorations and placement of sedative/protective dressing, includes pulp caps when necessary, as a separate procedure. (Not normally reimbursable for deciduous teeth except when explanation indicates tooth near exfoliation.)	21.70	25.55
20121*	Caries control with band. Removal of carious lesions or existing restorations and placement of sedative/ protective dressing, includes pulp caps when necessary, as a separate procedure. (Not normally reimbursable for deciduous teeth except when explanation indicates tooth near exfoliation.)	32.80	39.30
	AMALGAM RESTORATIONS		
	NOTE: Where, at the same sitting, in order to conserve tooth structure, two separate restorations are performed on the same tooth involving a common surface, when one restoration might have been done; this should be considered as one restoration in assessing the fee.		
	Treatment of Dental Caries (includes local anaesthetic, pulp protection, pulp capping and polishing)		
	(a) Primary Teeth		
21111	Amalgam, One surface (or pit and fissure)	20.60	25.25
21112	Two surface	34.45	42.25
21113	Three surface	36.80	44.15
21114	Four or more surface	40.55	49.55
	(b) Permanent Anterior and Bicuspid Teeth		
21211	Amalgam, One surface	26.65	32.85
21212	Two surface	39.10	46.60
21213	Three surface	45.95	54.40
21214	Four surface	55.10	65.35
21215	Five surface	67.40	82.45

* Requires explanation on claim form.

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
	(c) Permanent Molar Teeth		
21221	Amalgam, One surface	33.80	41.10
21222	Two surface	45.95	54.40
21223	Three surface	52.85	62.50
21224	Four surface	62.00	75.90
21225	Five surface	78.10	92.60
	RETENTIVE PINS		
21401	One pin	8.70	9.70
21402	Two pins	14.00	15.75
21403*	Three pins	21.25	23.80
	NOTE: NOT MORE THAN ONE FINAL RESTORATION PER TOOTH WILL BE COVERED PER 12 MONTH PERIOD, EXCEPT IN CASES OF TRAUMA FROM AN EXTERNAL SOURCE.		
	CROWNS		
22201	Anterior Primary Stainless Steel (Cuspids only)	53.25	67.60
22211	Posterior Primary Stainless Steel	53.25	67.60
22311	Posterior Permanent Stainless Steel	63.25	86.95
22401	Anterior Primary Preformed Acrylic (Cuspids only)	42.10	58.75
	RESTORATIONS, TOOTH COLOURED		
	RESTORATIONS, TOOTH COLOURED, PERMANENT, ANTERIORS, ACID ETCH/BOND TECHNIQUE (NOT TO BE USED FOR VENEER APPLICATIONS OR DIASTEMA CLOSURES)		
23111	One Surface	38.10	44.70
23112	Two Surface (continuous)	44.80	53.35
23113	Three Surfaces (continuous)	75.80	90.60
23114	Four Surfaces (continuous)	87.15	109.40
23115	Five Surfaces (continuous, maximum surfaces per tooth)	100.30	128.10
	RESTORATIONS, TOOTH COLOURED, PERMANENT POSTERIORS ACID ETCH/BOND TECHNIQUE		
	NOTE: Tooth coloured restorations in posterior teeth may have a limited place in carefully selected posterior restorations		

* Requires explanation on claim form.

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
	Tooth coloured, Permanent Bicuspids		
23311	One surface	38.10	48.90
23312	Two surfaces	45.90	60.05
23313	Three surfaces	54.85	71.00
	Tooth coloured, Permanent Molars		
23321	One surface	38.10	48.90
23322	Two surfaces	45.90	60.05
23323	Three surfaces	54.85	71.00

NOTE: Where these restorations are in primary teeth a fee for an amalgam will be reimbursed. Posterior composites are limited to restorations which do not involve the marginal ridge.

i.e. MO, DO, and MOD resins are not covered.

NOTE: NOT MORE THAN ONE FINAL RESTORATION PER TOOTH WILL BE COVERED PER 12 MONTH PERIOD, EXCEPT IN CASES OF TRAUMA FROM AN EXTERNAL SOURCE.

POSTS

POSTS, PREFABRICATED RETENTIVE (SEPARATE PROCEDURE) (WITH OR WITHOUT CORE)

25731*	One Post	80.75	94.25
25732*	Two Posts	113.70	132.70

PULPOTOMY

NOTE: If pulpotomy or emergency pulpectomy has been performed on the same tooth by the same practitioner within a three month period, subsequent root canal therapy must be reduced by the same amount.

32221*	Permanent tooth - anterior and bicuspid	24.35	30.45
32222*	Permanent tooth - molar	42.55	53.20
32232	Primary tooth	27.90	35.05

PULPECTOMY, PERMANENT TEETH/RETAINED PRIMARY TEETH

32311	One Canal	46.40	57.80
32312	Two Canal	46.40	57.80
32313	Three Canal	46.40	57.80
32314	Four Canals or More	46.40	57.80

* Requires explanation on claim form.

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
	Emergency pulpectomy procedure may not be claimed when followed by completed pulpectomy at subsequent appointment(s) or root canal therapy.		
32321	Primary tooth - pulpectomy and restorable root filling	42.15	57.80
	ROOT CANAL THERAPY		
	NOTE: Root canal therapy includes treatment plan, procedural x-rays, vitality test, opening and draining, and restoration of a one surface access opening. Post-operative radiographs required with invoice for processing.		
	ROOT CANALS, PERMANENT TEETH, FULLY DEVELOPED ROOTS		
33111	One canal	194.25	243.25
33121	Two canals	272.75	355.20
33131	Three canals	313.60	394.50
33141	Four canals	365.75	460.10
	APEXIFICATION		
33601*	First visit including pulpectomy	73.45	102.90
33611*	Chemotherapeutic treatment per visit	22.65	30.75
	Open and Drain (Separate Emergency Procedures)		
39201	Anteriors and Bicuspids	11.65	14.50
39202	Molars	11.65	14.50
43411*	Periodontal scaling - one unit of time (to be billed only when extensive scaling necessary, otherwise part of procedure 11111)	21.30	21.30
	PROSTHETIC SERVICES		
52101*	Maxillary transitional partial denture - no clasps	72.65+L	81.05+L
52102*	Mandibular transitional partial denture - no clasps	72.65+L	81.05+L
52301*	Maxillary acrylic partial denture - clasps	145.40+L	162.35+L

* Requires explanation on claim form.

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
52302*	Mandibular acrylic partial denture - clasps	145.40+L	162.35+L
	Replacement or repair of partial dentures due to loss or breakage **WILL NOT** be covered.		
	SURGICAL SERVICES		
	NOTE: Removal of .... To include necessary suturing and routine post-op treatment		

** THE NUMBER 99 WILL DESIGNATE A SUPERNUMERARY TOOTH IN ANY QUADRANT.

	ERUPTED TEETH		
71101	Single tooth extraction	26.25	28.55
71109	Extracted additional tooth same quadrant/sextant	13.00	14.15
71201*	Extraction of tooth - requiring surgical flap	55.30	69.35
72111*	Extract impacted tooth-soft tissue coverage	54.10	68.00
72211*	Extract impacted tooth-partial bone coverage	92.00	108.10
72221*	Extract impacted tooth-complete bone coverage	131.15	171.05
	Removals, Residual Roots, Erupted		
72311	First tooth	26.25	28.55
	Removals, Residual Roots, Soft Tissue Coverage		
72321*	First tooth	45.65	57.30
	Removals, Residual Roots, Bone Tissue Coverage		
72331*	First tooth	69.80	89.95
	Surgical Incision, cysts/granulomas		
74611*	1 cm. and under	I.C.	I.C.
74612*	1 - 2 cm.	I.C.	I.C.
75121*	Intra-oral incision and drainage abscess	I.C.	I.C.
	REPLANTATION, AVULSED TOOTH/TEETH (including splinting)		
76941*	Replanation, first tooth	I.C.	I.C.
76949*	Each Additional tooth	I.C.	I.C.

* Requires explanation on claim form.

PROCEDURE CODE	DESCRIPTION	1992-93	SPEC. FEES
	REPOSITIONING OF TRAUMATICALLY DISPLACED TEETH		
76951*	One unit of time	I.C.	I.C.
76952*	Two units of time	I.C.	I.C.
	ADJUNCTIVE SERVICES		
93111	Written and/or Telephone Report	—	I.C.
94301*	Institutional call	31.50	34.20
94302*	Special visit night/holiday	33.45	36.25

* Requires explanation on claim form.

ANNEXE

TRAITEMENTS DENTAIRES
PROGRAMME MANITOBAIN DE SOINS DENTAIRES POUR ENFANTS
OFFERT PAR L'ASSOCIATION DENTAIRE DU MANITOBA

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)
00001	Examen de dépistage fait à l'école	5,30	
11111+	Examen, soins préventifs (y compris l'examen buccal, la prophylaxie, le détartrage mineur, l'application topique de fluorure et les conseils d'hygiène bucco-dentaire).	32,00	
01202+	Examen buccal (un seul par année)	14,45	16,80
01204*	Examen buccal particulier (examen d'une partie de la bouche ou d'une dent particulière, examen d'un patient dirigé vers le dentiste dans le cadre du programme de soins dentaires prodigués à l'école ou à la suite d'un examen effectué d'urgence, etc., dans le cas où aucun soin n'est prodigué. Dans le cas contraire, seul l'acte donne droit à des honoraires).	15,85	16,80
	RADIOGRAPHIES INTRABUCCALES		
02111	Une radiographie	8,20	8,20
02112	Deux radiographies	11,20	11,20
02113	Trois radiographies	14,30	14,30
02114*	Quatre radiographies	17,20	17,20
02115*	Cinq radiographies	19,55	19,55
02116*	Six radiographies	21,75	21,75
13701	Tranchage ou meulage proximal d'une dent temporaire	2,60	2,60

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.
\+ Une seule des demandes de règlement susmentionnées sera acceptée. Les factures globales sont dressées annuellement.

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)

MAINTENEURS D'ESPACE

REMARQUE : Les honoraires relatifs aux appareils d'orthodontie énoncés ci-dessous comprennent la conception, la scission, la fabrication, l'insertion et le premier scellement.
(EMPLOYER DES BAGUES AJUSTÉES)
Un état détaillé des frais de laboratoire doit figurer, sur demande, sur la facture.

SYSTÈME DE CODIFICATION RELATIF AUX MAINTENEURS D'ESPACE

1 0	Hémi-arcade supérieure droite
2 0	Hémi-arcade supérieure gauche
3 0	Hémi-arcade inférieure gauche
4 0	Hémi-arcade inférieure droite
0 1	Hémi-arcades supérieures droite et gauche
0 2	Hémi-arcades inférieures droite et gauche
0 4	Région antérieure supérieure
0 7	Région antérieure inférieure

15101	Bague fixe unilatérale	47,90+L	55,10+L
15102	Bague fixe bilatérale (arcade linguale soudée)	95,90+L	110,10+L
15104	Bague, tubes et fermoirs (arcade linguale)	90,10+L	103,55+L
15202	Couronne ou bague fixe en acier inoxydable (avec attachement intra-alvéolaire)	72,85+L	89,35+L
15601	Vérification du ou des mainteneurs d'espace - un maximum de deux vérifications par année et par patient; les honoraires ne peuvent être remboursés si un autre examen prévu à la présente annexe est également effectué. - les honoraires relatifs à la vérification ne peuvent être remboursés qu'une fois, même si le patient a plus d'un mainteneur d'espace. - une seule demande de remboursement d'honoraires relatifs à la vérification est permise par période de quatre mois. Seuls les coûts du premier mainteneur d'espace et des vérifications courantes sont remboursés par le Programme de soins dentaires pour enfants (P.S.D.E.). En cas de perte ou de bris d'un appareil, les coûts de remplacement ou de réparation **NE SONT PAS** remboursables.	22,10	27,70

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)
	CARIES/TRAUMATISME/MAÎTRISE DE LA DOULEUR		
20111*	Contrôle de la carie - enlèvement des lésions carieuses ou des restaurations existantes et pose de pansements sédatifs ou protecteurs, y compris les coiffes pulpaires au besoin. La pose de ces dernières est assimilée à un acte distinct. (Les coûts ne sont habituellement pas remboursables pour une dent temporaire à moins que les explications fournies indiquent que la dent est en train de s'exfolier).	21,70	25,55
20121*	Contrôle de la carie - dents sur lesquelles des bagues sont posées - enlèvement des lésions carieuses ou des restaurations existantes et pose de pansements sédatifs ou protecteurs, y compris les coiffes pulpaires au besoin. La pose de ces dernières est assimilée à un acte distinct. (Les coûts ne sont habituellement pas remboursables pour une dent temporaire à moins que les explications fournies indiquent que la dent est en train de s'exfolier).	32,80	39,30
	RESTAURATIONS EN AMALGAME		
	REMARQUE : Lorsque deux restaurations distinctes sont pratiquées au cours d'une même séance sur une face commune d'une même dent afin d'en préserver la structure alors qu'une seule restauration aurait pu être faite, les honoraires d'une seule restauration sont remboursables.		
	Traitement de la carie dentaire (y compris l'anesthésie locale, la protection et le coiffage pulpaires et le polissage)		
	a) Dents temporaires		
21111	Amalgame, une face (ou puits dentinaire et fissure)	20,60	25,25
21112	Amalgame, deux faces	34,45	42,25
21113	trois faces	36,80	44,15
21114	quatre faces et plus	40,55	49,55
	b) Dents permanentes antérieures et prémolaires		
21211	Amalgame, une face	26,65	32,85
21212	deux faces	30,10	46,60
21213	trois faces	45,95	54,40
21214	quatre faces	55,10	65,35
21215	cinq faces	67,40	82,45

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION		1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)
	c) Molaires permanentes			
21221	Amalgame,	une face	33,80	41,10
21222		deux faces	45,95	54,40
21223		trois faces	52,85	62,50
21224		quatre faces	62,00	75,90
21225		cinq faces	78,10	92,60
	TENONS DENTINAIRES			
21401	Un tenon		8,70	9,70
21402	Deux tenons		14,00	15,75
21403*	Trois tenons		21,25	23,80
	REMARQUE : UNE SEULE RESTAURATION DÉFINITIVE PAR DENT EST PRISE EN CHARGE DANS UNE PÉRIODE DE DOUZE MOIS, SAUF DANS LE CAS OÙ LA CAUSE DU TRAUMATISME EST D'ORIGINE EXTERNE.			
	COURONNES			
22201	Dent temporaire antérieure, couronne en acier inoxydable (canines seulement)		53,25	67,60
22211	Dent temporaire postérieure, couronne en acier inoxydable		53,25	67,60
22311	Dent permanente postérieure, couronne en acier inoxydable		63,25	86,95
22401	Dent temporaire antérieure, couronne préfabriquée en résine acrylique (canines seulement)		42,10	58,75
	RESTAURATIONS DE DENTS COLORÉES			
	RESTAURATIONS DE DENTS COLORÉES PERMANENTES ANTÉRIEURES PAR MORDANÇAGE (NE PAS UTILISER POUR LES APPLICATIONS DE FACETTE PROTHÉTIQUE OU LES FERMETURES DE DIASTÈSE).			
23111	Une face		38,10	44,70
23112	Deux faces (continues)		44,80	53,35
23113	Trois faces (continues)		75,80	90,60
23114	Quatre faces (continues)		87,15	109,40
23115	Cinq faces (continues, nombre maximal de faces par dent)		100,30	128,10
	RESTAURATIONS DE DENTS COLORÉES PERMANENTES POSTÉRIEURES PAR MORDANÇAGE			
	REMARQUE : Parmi les dents postérieures à restaurer, une dent colorée n'est pas considérée une priorité.			

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)
	Dent colorée, prémolaire permanente		
23311	Une face	38,10	48,90
23312	Deux faces	45,90	60,05
23313	Trois faces	54,85	71,00
	Dent colorée, molaire permanente		
23321	Une face	38,10	48,90
23322	Deux faces	45,90	60,05
23323	Trois faces	54,85	71,00
	REMARQUE : Les honoraires relatifs à la restauration en résine acrylique ou composite de dents temporaires sont remboursés au taux d'une restauration en amalgame. La restauration composite de dents postérieures ne doit pas toucher la crête marginale, c.-à-d. que les restaurations en résine des faces M.O., D.O. et M.O.D. ne sont pas prises en charge.		
	REMARQUE : UNE SEULE RESTAURATION DÉFINITIVE PAR DENT EST PRISE EN CHARGE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE DOUZE MOIS, SAUF DANS LE CAS OÙ LA CAUSE DU TRAUMATISME EST D'ORIGINE EXTERNE.		
	TENONS		
	TENONS RADICULAIRES PRÉFABRIQUÉS (ACTE DISTINCT) (AVEC OU SANS CLÉ)		
25731*	Un tenon	80,75	94,25
25732*	Deux tenons	113,70	132,70
	PULPOTOMIE		
	REMARQUE : Les honoraires relatifs à une pulpectomie pratiquée d'urgence ou à une pulpotomie pratiquée sur une dent sur laquelle un traitement radiculaire est effectué par le même dentiste dans une période de trois mois sont déduits des honoraires relatifs au traitement radiculaire.		
32221*	Dent permanente - antérieure et prémolaire	24,35	30,45
32222*	Dent permanente - molaire	42,55	53,20
32232	Dent temporaire	27,90	35,05
	PULPECTOMIE, DENT PERMANENTE - DENT TEMPORAIRE PERSISTANTE		
32311	Un canal	46,40	57,80
32312	Deux canaux	46,40	57,80
32313	Trois canaux	46,40	57,80
32314	Quatre canaux et plus	46,40	57,80

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)
	Les honoraires relatifs à une pulpectomie pratiquée d'urgence ne sont pas remboursables si une pulpectomie totale ou un traitement radiculaire sont effectués au cours d'une visite ultérieure.		
32321	Dent temporaire - pulpectomie et obturation radiculaire pouvant faire l'objet d'une restauration	42,15	57,80
	TRAITEMENT RADICULAIRE		
	REMARQUE : Le traitement radiculaire comprend le plan de traitement, les radiographies nécessaires, le test de vitalité pulpaire, l'incision, le drainage et la restauration de l'ouverture pratiquée sur une face dentaire. Les radiographies postopératoires doivent être jointes à la facture pour que cette dernière soit traitée.		
	TRAITEMENTS RADICULAIRES, DENT PERMANENTE, RACINES ENTIÈREMENT DÉVELOPPÉES		
33111	Un canal	194,25	243,25
33121	Deux canaux	272,75	355,20
33131	Trois canaux	313,60	394,50
33141	Quatre canaux	365,75	460,10
	APEXIFICATION		
33601*	Première consultation, y compris la pulpectomie	73,45	102,90
33611*	Chimiothérapie, honoraires pour une visite	22,65	30,75
	Incision et drainage (autres interventions d'urgence)		
39201	Antérieures et prémolaires	11,65	14,50
39202	Molaires	11,65	14,50
43411*	Détartrage - par unité de temps (à facturer seulement lorsqu'un détartrage majeur s'avère nécessaire, autrement cette intervention fait partie de l'acte 11111).	21,30	21,30
	PROTHÈSES		
52101*	Prothèse maxillaire partielle de transition (sans crochets)	72,65+L	81,05+L
52102*	Prothèse mandibulaire partielle de transition (sans crochets)	72,65+L	81,05+L
52301*	Prothèse maxillaire partielle en résine acrylique (avec crochets)	145,40+L	162,35+L

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES DE SPÉCIALISTE (en dollars)
52302*	Prothèse mandibulaire partielle en résine acrylique (avec crochets)	145,40+L	162,35+L
	En cas de perte ou de bris de prothèses partielles, les coûts de remplacement ou de réparation **NE SONT PAS** remboursables.		
	CHIRURGIE		
	REMARQUE : Les honoraires relatifs à l'extraction ou à l'ablation comprennent le coût des points de suture et du traitement postopératoire normal.		

** LE NOMBRE 99 DÉSIGNE UNE DENT SURNUMÉRAIRE DANS UNE HÉMI-ARCADE.

	DENTS AYANT FAIT ÉRUPTION		
71101	Extraction d'une dent	26,25	28,55
71109	Extraction d'une autre dent située dans la même hémi-arcade ou le même sextant	13,00	14,15
71201*	Extraction d'une dent (nécessité d'un lambeau chirurgical)	55,30	69,35
72111*	Extraction d'une dent incluse (recouverte de tissu mou)	54,10	68,00
72211*	Extraction d'une dent incluse (partiellement recouverte de tissu osseux)	92,00	108,10
72221*	Extraction d'une dent incluse (entièrement recouverte de tissu osseux)	131,15	171,05
	Extraction radiculaire pour une dent ayant fait éruption		
72311	Première dent	26,25	28,55
	Extraction de racines recouvertes de tissu mou		
72321*	Première dent	45,65	57,30
	Extraction de racines recouvertes de tissu osseux		
72331*	Première dent	69,80	89,95
	Incision, ablation de kystes ou de granulomes		
74611*	1 cm et moins	selon le cas	selon le cas
74612*	1 à 2 cm	selon le cas	selon le cas
75121*	Incision intrabuccale et drainage d'un abcès	selon le cas	selon le cas
	RÉIMPLANTATION D'UNE OU DE PLUSIEURS DENTS AVULSÉES (y compris la contention)		
76941*	Réimplantation - première dent	selon le cas	selon le cas
76949*	Chaque dent supplémentaire	selon le cas	selon le cas

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.

CODE DE L'ACTE	DESCRIPTION	DE 1992-1993 (en dollars)	HONORAIRES SPÉCIALISTE (en dollars)
	REMISE EN PLACE D'UNE DENT DÉPLACÉE PAR SUITE D'UN TRAUMATISME		
76951*	Une unité de temps	selon le cas	selon le cas
76952*	Deux unités de temps	selon le cas	selon le cas
	SERVICES CONNEXES		
93111	Rapport écrit ou téléphonique	—	selon le cas
94301*	Visite dans un établissement	31,50	34,20
94302*	Rendez-vous le soir ou les jours fériés	33,45	36,25

* Donner des explications dans la formule de demande de remboursement.