

Diagnostic et prévention

Frais admissibles

Les services de diagnostic et de prévention pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- a) Diagnostic
 - 1) Examen buccal clinique
 - . pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
 - . examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois
 - . examen complet ou examen prosthodontique : un examen par période de 36 mois
 - . examen des dysfonctions du système stomatognathique : un examen par période de 36 mois
 - . examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
 - . examen d'urgence : 2 examens par année civile
 - . examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile
 - 2) Radiographie
 - a) radiographie intra-orale
 - . pellicule périapicale
 - . pellicule occlusale
 - . pellicule interproximale
 - . pellicule des tissus mous
 - b) radiographie extra-orale
 - . pellicule extra-orale
 - . examen des sinus
 - . sialographie
 - . utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions articulation temporo mandibulaire
 - . pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
 - . pellicule céphalométrique
 - c) autres
 - . duplicata de radiographie : 2 fois par année civile
 - 3) Tests et examens de laboratoire
 - . test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
 - . test bactériologique

- . test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
- . test cytologique
- . modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
- . présentation de cas, plan de traitement
- . consultation avec le patient

b) Prévention

1) Services usuels de prévention

- . polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
- . détartrage : 6 unités de temps par année civile
- . application topique de fluorure * : une fois par période de 6 mois
- . analyse du régime alimentaire : une fois à vie
- . instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
- . programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
- . finition d'une obturation
- . scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordantage à l'acide * (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent
- . ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
- . meulage interproximal *
- . améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)

2) Appareil de maintien *

3) Correction des habitudes buccales *

- . appareil fixe ou amovible
- . évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
- . motivation du patient : une fois à vie
- . myothérapie : 5 fois à vie

4) Appareil intra-oral pour le bruxisme

- . un appareil par 60 mois
- . réparation : une fois par année civile
- . regarnissage : une fois par année civile

5) Équilibrage de l'occlusion

- . 8 unités de temps ou 3 fois par année civile

* Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.

Soins de base

Frais admissibles

Les soins dentaires de base pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- a) Restauration mineure
 - . pansement sédatif
 - . meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - . recimentation de fragment de dent brisée
 - . restauration en résine, en amalgame ou en composite *
 - . tenons par restauration

* La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

- b) Endodontie
 - . supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne
 - . urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
 - . traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
 - . apexification

- c) Parodontie
 - . traitements non chirurgicaux
 - . chirurgie parodontale
 - . surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
 - . jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
 - . irrigation parodontale

- d) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible
 - . rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois
 - . réparation avec ou sans empreinte
 - . obturateur palatin : un par période de 60 mois
 - . remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois

- e) Réparation de pont fixe et de couronne
 - . réparation de pont fixe
 - . réparation de couronne

- . recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier
 - . supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile
 - . immobilisation, sectionnement
 - . enlèvement d'un pivot ou d'un corps coulé cimenté
- f) Chirurgie buccale
- . ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
 - . ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
 - . supplément par points de suture par séance
 - . exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent
 - . transplantation d'une dent : une fois à vie par dent
 - . reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
 - . énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
 - . alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
 - . ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
 - . extension des replis muqueux
 - . incision et drainage
 - . réduction de fracture
 - . frénectomie
 - . traitement des glandes salivaires
 - . chirurgie ou traitement des sinus
 - . contrôle d'hémorragie
 - . traitement post-chirurgical
 - . réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part
- g) Services généraux complémentaires
- . anesthésie locale
 - . sédation consciente
 - . visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

Services de prothodontie

Frais admissibles

Les services de prothodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- a) Restauration majeure et prothèse fixe
 - . aurification
 - . incrustation et tenons de rétention
 - . jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent
 - . couronne en acier inoxydable préfabriquée, ou en polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne intermédiaire de transition : une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - . couronne individuelle
 - . capuchon, métal précieux ou non
 - . corps coulé
 - . facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires
 - . pivot préfabriqué
 - . reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne supplément pour une restauration

- b) Prothèse amovible
 - . prothèse complète *
 - . prothèse partielle *
 - . analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle : une fois par période de 60 mois
 - . supplément pour une restauration en vue d'une prothèse amovible

* Le remboursement des frais pour prothèses équilibrées est calculé en fonction du coût des prothèses standard équivalentes.

- c) Pont fixe
 - . pontique
 - . appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch
 - . pilier
 - . barre de rétention pour fixer à des capuchons
 - . pilier ou incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
 - . attache de précision
 - . supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle existante

Plan de traitement

Lorsque les frais prévus excèdent 800 \$, un plan de traitement et les radiographies appropriées devraient être soumis à SSQ avant le début du traitement. La personne assurée peut ainsi être informée à l'avance de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

Exclusions, limitations et restrictions générales

Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour l'année stipulée au contrat par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologiste, l'association de la province de pratique du denturologiste. Toutefois, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste.

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.

Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée puis à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.

Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance soins dentaires ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- b) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
- e) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés;
- f) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i) pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant;
- j) pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- m) pour un protecteur buccal;
- n) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- o) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- p) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- q) pour des pontiques et piliers de transition;
- r) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- s) pour des photographies diagnostiques.