



MANUEL
DES SPÉCIALISTES
EN CHIRURGIE
BUCCALE ET
MAXILLO-FACIALE
(n° 220)

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec



Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-550-70051-7



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

**MISE À JOUR 30
FÉVRIER 2015**

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

PERSONNES ASSURÉES

- Modification d'ordre administratif

Page : 2

PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

- Ajout du message explicatif 072

Page : 9

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Ajout de nouveaux actes

Pages : 19, 27, 31, 34, 39, 40

- Suppression des codes d'acte 77730, 77710 et 77740
- Suppression de l'avis sous le code d'acte 77740

Page : 27

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre suivante : 256 / 2015-02-11

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :

: Modifications ou ajout de contenu administratif

+ : Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements

D : Modification du libellé de l'acte

T : Modification du tarif

S : Suppression de contenu administratif ou officiel

- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-70051-7

Régie de l'assurance maladie du Québec

Direction des services à la clientèle professionnelle

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**

Québec 

INTRODUCTION

Le Manuel des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie.

À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

- # Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web**, section [Professionnels](#) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant vos ententes et vos modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour de votre manuel, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

- # Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ
--

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier

MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);
- **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.
- **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente-cadre.

Note : Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, c'est le numéro du document qui a le plus de poids qui est utilisé.

L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. ENTENTE	1
TITRE I	
Dispositions générales.....	2
ARTICLE 1. Définitions	2
ARTICLE 2. Application.....	2
ARTICLE 3. Représentation.....	2
ARTICLE 4. Précompte des cotisations syndicales	3
TITRE II	
Exercice de la profession.....	3
ARTICLE 5. Libertés professionnelles.....	3
ARTICLE 6. Contrôle médical.....	3
ARTICLE 7. Pratique hospitalière	3
TITRE III	
Régime de rémunération et de paiement.....	4
ARTICLE 8. Modes de rémunération	4
ARTICLE 9. Tarif d'honoraires	4
ARTICLE 10. Relevé d'honoraires.....	4
ARTICLE 11. Paiement des honoraires.....	4
ARTICLE 12. Remboursement d'honoraires.....	4
ARTICLE 13. Demande de révision	5
ARTICLE 14. Conciliation d'honoraires.....	5
ARTICLE 15. Intérêts	5
ARTICLE 16. Modalités de paiement.....	5
TITRE IV	
Concertation.....	5
ARTICLE 17. Règlements et directives.....	5
TITRE V	
Procédure d'arbitrage	6
ARTICLE 18. Différend	6
ARTICLE 19. Arbitrage	6
TITRE VI	
Durée de l'entente.....	8
ARTICLE 20. Durée de l'entente	8
CLAUSES TRANSITOIRES	8
ANNEXE I	
Règles d'application du tarif	9

ANNEXE II	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale	9
ANNEXE III	11
Lettre d'entente n° 1.....	11
Lettre d'entente n° 2 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	11
Lettre d'entente n° 3.....	12
Lettre d'entente n° 4 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	12
Lettre d'entente n° 5.....	13
Lettre d'entente n° 6 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	13
Lettre d'entente n° 7 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	14
Lettre d'entente n° 8.....	14
Lettre d'entente n° 9 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	15
Lettre d'entente n° 10	15
Lettre d'entente n° 11	16
# Lettre d'entente n° 12	17
# Lettre d'entente	18
# ARTICLE 1. Détermination d'une enveloppe budgétaire	18
# ARTICLE 2. <i>Abrogée amendement n° 11</i>	18
# ARTICLE 3. Détermination du suivi et de la vérification du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.....	18
# ARTICLE 4. <i>Abrogée amendement n° 11</i>	19
# ARTICLE 5. Application	20
Accord n° 1 <i>Abrogé</i>	21
# Accord n° 2	22
ANNEXE IV	
# Ressourcement dans les territoires désignés par le ministre	23
# DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ANNEXE IV DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ.....	25
ANNEXE V	
# Concernant la rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.....	26
# LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES NÉGOCIANTES	28
# ANNEXE VI	
Concernant le versement de divers montants forfaitaires payables aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.....	31
# ANNEXE VII	
Concernant l'instauration d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences	32
# ANNEXE VIII	
Concernant le versement de la rétroactivité sur les services visés aux clauses transitoires	35
# ANNEXE IX	
Concernant le versement de la rétroactivité sur les services non visés aux clauses transitoires	36

# ANNEXE X	
Concernant la non-atteinte accumulée au 31 mars 2010 de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1 ^{er} avril 2004 au 31 mars 2010	37
2. PERSONNES ASSURÉES.....	1
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
3.0 AVANT-PROPOS.....	1
#3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 1670</i>)	2
#3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE	3
# 3.2.1 Identité de la personne assurée.....	3
# 3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale	3
# 3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours	4
# 3.2.2 Identité des professionnels	5
# 3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant	5
# 3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation.....	6
# 3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et case considération spéciale	7
# 3.2.3.1 Diagnostic principal	7
# 3.2.3.2 Renseignements complémentaires	7
# 3.2.3.3 Considération spéciale	8
# 3.2.4 Services	9
# 3.2.4.1 La date des services.....	9
# 3.2.4.2 Inscription des services	9
# 3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris).....	11
# 3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable	13
# 3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	14
# 3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ...	16
# 3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (lettre Q).....	17
# 3.2.4.8 Document complémentaire (<i>formulaire n° 1944</i>)	18
# 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus	19
# 3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés)	20
# 3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence	21
# 3.2.8 Facturation des frais de déplacement	22
# 3.2.9 Signature du chirurgien buccal ou de son mandataire	23
#3.3 EXPÉDITION.....	23
#3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 2076</i>).....	24

	<i>Page</i>
#3.5 ANNEXES	25
ANNEXE I	
# Liste des rôles	25
ANNEXE II	
# Liste des modificateurs	26
ANNEXE III	
# Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	28
ANNEXE IV	
# Formulaire <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i>	30
ANNEXE V	
# Numéro d'établissement	32
ANNEXE VI	
Dent surnuméraire	33
ANNEXE VII	
Liste des cliniques privées d'anesthésie générale	34
ANNEXE VIII	
Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques (<i>règle 2.3</i>)	35
4. PAIEMENT À L'ACTE	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence	1
4.4 ÉTAT DE COMPTE	2
4.4.1 Description	3
4.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9 et sommaire</i>)	3
4.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 6a</i>)	5
4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée	5
4.4.2 Vérification des paiements	5
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
4.5.3 Paiement refusé en partie	5
4.5.4 Paiement refusé en totalité	6
4.5.5 Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires	6
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7

	<i>Page</i>
4.7 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014).....	9
CALENDRIER DE PAIEMENT (2015).....	10
4.9 MESSAGES EXPLICATIFS	11
5. MESURES INCITATIVES	1
5.0 AVANT-PROPOS.....	1
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (3336)	2
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (3336)	4
5.3 EXPÉDITION (<i>Formulaire 3336</i>).....	8
5.4 LISTE DES LOCALITÉS.....	9
5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (4188)	13
5.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (4188)	15
5.7 EXPÉDITION	17
6. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES	1
6.1 MODE DE PAIEMENT.....	1
6.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
6.3 ÉTAT DE COMPTE.....	2
6.3.1 Description.....	3
6.3.1.1 Renseignements généraux.....	3
6.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction.....	5
6.3.2 Vérification des paiements.....	5
6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	6
6.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	6
6.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement	6
6.4.3 Paiement refusé en partie.....	6
6.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
6.4.5 Modification d'une demande déjà payée	6
6.4.6 Annulation d'une demande de remboursement	7
6.5 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
6.6 MESSAGES EXPLICATIFS	9
7. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	7
RESTAURATION.....	9
ENDODONTIE.....	13
CHIRURGIE.....	15
# PROTHÈSE ACRYLIQUE.....	36
# ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION.....	39
# LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS.....	41
# TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	42

	<i>Page</i>
8. DIAGNOSTICS	1
9. MANUEL ET FORMULAIRES	1
9.1 MANUEL	1
9.1.1 Manuel sur Internet	1
9.1.2 Manuel papier et commande	1
9.2 FORMULAIRES.....	1
9.2.1 Formulaires sur Internet.....	1
9.2.2 Formulaires papier	1
9.2.3 Commande	1

1. ENTENTE

**ENTENTE
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE
ENTRE
LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DU QUÉBEC
ET
L'ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE
ET MAXILLO-FACIALE DU QUÉBEC**

TITRE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

1.1 Dans cette entente, on entend par les termes :

RÉGIE : la Régie de l'assurance maladie du Québec;

LOI : la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29) et ses amendements;

- + CHIRURGIEN BUCCAL ET MAXILLO-FACIAL : un dentiste visé par l'article 2 de cette entente.

On entend par les termes « Service », « service de chirurgie buccale » ou « service dentaire » un acte énuméré dans la nomenclature des services assurés établie en vertu de la loi.

ARTICLE 2. APPLICATION

2.1 Tout dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale délivré par l'Ordre des dentistes du Québec, est placé sous l'autorité de cette entente.

Il en est de même du dentiste porteur d'un certificat de spécialiste étranger dans cette discipline, auquel cette corporation professionnelle délivre un permis d'exercice restrictif ou temporaire.

2.2 Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

- + - le chirurgien buccal et maxillo-facial qui est fonctionnaire et auquel la *Loi sur la fonction publique* impose un service exclusif;
- + - le chirurgien buccal et maxillo-facial qui fait partie du personnel cadre d'un établissement selon un contrat plein temps.

On ne considère pas comme membre du personnel cadre le chef d'un département clinique.

ARTICLE 3. REPRÉSENTATION

- + 3.1 Le Ministre reconnaît l'Association comme le seul organisme représentatif des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux pour la négociation et l'application de toute entente relative aux services assurés ainsi qu'aux fonctions médico-administratives exercées en centre hospitalier.

Cette reconnaissance engage la Régie et tout établissement.

3.2 Sous réserve des dispositions de l'article 19 de la Loi, le Ministre et l'Association peuvent, en exclusivité, conclure toute entente particulière portant sur l'un des objets de l'entente.

Aucune entente individuelle portant sur l'un des objets de l'entente ne peut intervenir entre un chirurgien buccal et maxillo-facial et soit le Ministre, la Régie ou un établissement. Toute telle entente individuelle est nulle de plein droit.

ARTICLE 4. PRÉCOMPTE DES COTISATIONS SYNDICALES

- + **4.1** La Régie précompte sur la rémunération des professionnels de la santé placés sous l'autorité de cette entente, un montant égal aux cotisations que lui indique l'Association.

Elle y procède dans les trente (30) jours de la réception d'un avis de cotisation. Elle retient le pourcentage de cotisation indiqué par l'Association sur chaque paiement d'honoraires, jusqu'à concurrence du montant du précompte des cotisations syndicales.

- # **AVIS :** *Actuellement le pourcentage est de 15 %.*

4.2 Chaque mois, la Régie fait remise au secrétariat de l'Association, des sommes précomptées. Elle y joint un état cumulatif des retenues faites sur la rémunération de chaque cotisant.

- + **4.3** Une fois l'an, la Régie transmet au secrétariat de l'Association, la liste des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux régis par cette entente; cette liste identifie leur établissement.
- + **4.4** Le professionnel rémunéré comme chirurgien buccal et maxillo-facial pour des soins fournis hors du Québec, et qui adhère au régime d'assurance maladie, est assujéti au précompte, établi par cet article.

**TITRE II.
EXERCICE DE LA PROFESSION****ARTICLE 5. LIBERTÉS PROFESSIONNELLES**

- + **5.1** On reconnaît au chirurgien buccal et maxillo-facial ses libertés professionnelles.

Ainsi :

On respecte son droit d'exercer sa profession en cabinet privé.

On respecte sa liberté thérapeutique.

ARTICLE 6. CONTRÔLE MÉDICAL

- + **6.1** La Régie s'abstient d'intervenir dans la pratique professionnelle du chirurgien buccal et maxillo-facial, sauf pour le strict exercice de sa fonction de contrôle.

S'il y a lieu, elle s'en remet aux instances habilitées par la loi.

ARTICLE 7. PRATIQUE HOSPITALIÈRE**PROTOCOLE**

- + **7.1** Tout chirurgien buccal et maxillo-facial doit avoir accès aux ressources d'un centre hospitalier pour y exercer sa discipline, eu égard aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* concernant l'octroi des droits d'exercice.

7.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial affecté par une mesure de réorganisation institutionnelle, est muté près d'un centre hospitalier de la région, sans changement de son statut et de ses droits d'exercice.

Il exerce ce droit, s'il y a fermeture, fusion ou changement d'oeuvre du département clinique auquel il est attaché.

7.3 Ce protocole est une déclaration d'intention qui engage les parties négociantes.

Nul recours ne peut être intenté en vertu du présent article.

**TITRE III.
RÉGIME DE RÉMUNÉRATION ET DE PAIEMENT****ARTICLE 8. MODES DE RÉMUNÉRATION**

- + **8.1** Le chirurgien buccal et maxillo-facial est rémunéré selon le mode de l'acte.

Il peut également être rémunéré selon le mode de l'honoraire forfaitaire pour des fonctions médico-administratives, définies par cette entente.

ARTICLE 9. TARIF D'HONORAIRES

9.1 Les règles d'application du tarif déterminent les règles de paiement et les barèmes de rémunération.

Les règles d'application du tarif forment l'annexe I.

ARTICLE 10. RELEVÉ D'HONORAIRES

10.1 Un relevé d'honoraires est rédigé sur un formulaire de la Régie; on y inscrit les renseignements prescrits.

ARTICLE 11. PAIEMENT DES HONORAIRES

11.1 La Régie acquitte un relevé d'honoraires dans les quarante-cinq jours de sa réception.

11.2 Un relevé d'honoraires est apprécié par la Régie après son paiement.

- + À cette fin, elle peut demander au chirurgien buccal et maxillo-facial les renseignements exigibles en vertu de la loi ou de l'entente.
- + **11.3** Un relevé d'honoraires incomplet peut être annulé. La Régie en notifie le chirurgien buccal et maxillo-facial et lui indique le renseignement omis.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial présente un nouveau relevé d'honoraires.

11.4 La Régie peut, si elle constate une erreur de facturation, y remédier.

Elle joint au paiement un avis explicatif qui indique l'erreur commise et le redressement qu'elle a apporté au montant d'honoraires.

ARTICLE 12. REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

- + **12.1** La Régie obtient remboursement d'un paiement auquel elle prétend que le chirurgien buccal et maxillo-facial n'a pas droit en vertu de la loi ou de l'entente. Elle peut y procéder par compensation.

Il en est de même quant au relevé d'honoraires pour lequel le chirurgien buccal et maxillo-facial n'a pas, dans les trente jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements exigibles.

12.2 Le délai pour demander remboursement d'honoraires est de trois ans; il est compté depuis le paiement du relevé.

- + **12.3** La Régie doit, lors d'une compensation, en donner avis au chirurgien buccal et maxillo-facial et y indiquer le relevé litigieux, le montant du remboursement et les motifs de sa décision.

ARTICLE 13. DEMANDE DE RÉVISION

- + **13.1** Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui conteste un refus de paiement ou une demande de remboursement, peut présenter une demande de révision.

Il procède de la même manière s'il s'oppose au redressement d'honoraires effectué par la Régie pour cause d'erreur de facturation.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la réception de l'avis du refus de paiement ou du redressement d'honoraires.

- + **13.2** La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision au chirurgien buccal et maxillo-facial dans les quatre-vingt-dix (90) jours.

Si la Régie n'y fait pas droit, l'avis qu'elle en donne formule les motifs de la décision.

ARTICLE 14. CONCILIATION D'HONORAIRES

14.1 Chaque trimestre, la Régie informe l'Association des demandes de révision qu'elle a rejetées et elle reçoit ses représentations.

D'un commun accord, les délais pour la révision d'un relevé d'honoraires sont prolongés pour la période utile.

ARTICLE 15. INTÉRÊTS

15.1 Tout montant d'honoraires exigible qui n'est pas acquitté dans le délai prévu pour son paiement, porte un intérêt annuel.

Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 pour cent; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

ARTICLE 16. MODALITÉS DE PAIEMENT

16.1 Selon la formule fournie par la Régie aux fins de recevoir tout versement, le paiement des honoraires est fait au chirurgien buccal et maxillo-facial ou au tiers qu'il autorise, soit :

- un groupe de dentistes ou de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux;
 - une société de dentistes ou de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux dont il est membre;
 - une société par actions visée au règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société et pour laquelle il exerce ses activités professionnelles.
- + La Régie y procède par chèque ou, lorsque le chirurgien buccal et maxillo-facial en fait la demande, par versement bancaire au compte du chirurgien buccal et maxillo-facial ou du tiers qu'il autorise.

Ce versement est réalisé dans un délai maximal de trois jours ouvrables après la date de paiement. Tout autre mode de paiement peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

**TITRE IV.
CONCERTATION****ARTICLE 17. RÈGLEMENTATION ET DIRECTIVE**

17.1 Le Ministre consulte l'Association sur tout projet de règlement d'application relatif aux soins de chirurgie buccale ou aux soins dentaires, dont il entend recommander l'adoption.

Il prend également cet avis en regard des directives qu'il entend publier et des règlements présentés par la Régie pour arrêté d'approbation.

**TITRE V.
PROCÉDURE D'ARBITRAGE****ARTICLE 18. DIFFÉREND**

- + **18.1** Un différend est logé par un chirurgien buccal et maxillo-facial ou l'Association, conformément au présent titre.

On distingue le différend en contestation d'honoraires et le différend collectif.

1. DIFFÉREND EN CONTESTATION D'HONORAIRES

- + **18.2** Un chirurgien buccal et maxillo-facial auquel la Régie oppose un refus de paiement ou demande un remboursement, peut former un différend.

Ce différend doit être logé dans les six mois de la réception de la décision de la Régie.

L'Association peut, dans les mêmes circonstances, agir pour le compte d'un ou plusieurs chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux.

18.3 Il n'y a pas ouverture au différend en contestation d'honoraires, si le litige est de la compétence exclusive de la Commission des affaires sociales.

2. DIFFÉREND COLLECTIF

18.4 L'Association peut former un différend collectif contre le Ministre, la Régie ou un établissement.

Elle peut ainsi soulever tout désaccord au sujet de l'application de cette entente.

Elle peut, de même, attaquer tout instrument administratif - tel une directive, une circulaire, un contrat d'affiliation ou un plan d'organisation - qu'elle prétend être en contradiction de cette entente.

ARTICLE 19. ARBITRAGE**1. AVIS DE DIFFÉREND**

19.1 Un différend est logé au moyen d'un avis adressé au greffier du conseil d'arbitrage qui en notifie sans délai les parties intéressées.

Cet avis de différend est rédigé au moyen du formulaire prévu en annexe de la présente entente, sauf s'il s'agit d'un différend logé par l'Association.

2. QUORUM

19.2 Tout différend est instruit devant un conseil d'arbitrage formé d'un président, assisté d'assesseurs.

Le président est nommé par les parties négociantes. Chacune d'elles choisit un assesseur.

On procède devant un président seul, si le plaignant en fait la demande.

3. DÉCISIONS

19.3 Les questions sont décidées par le président, après avis des assesseurs.

19.4 Le conseil d'arbitrage statue sur le bien-fondé du différend; s'il l'accueille, il ordonne le redressement qu'il estime approprié.

Il peut rendre toute ordonnance intérimaire qu'il estime équitable pour la sauvegarde des droits des parties.

19.5 Le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis d'exécution si le plaignant conteste une demande de remboursement de la Régie et démontre *prima facie* une apparence de droit.

Une ordonnance de sursis d'exécution a effet pour une période de soixante (60) jours; elle ne peut être prolongée par le conseil d'arbitrage que du consentement des parties.

19.6 Un différend doit être entendu dans les soixante (60) jours de sa présentation.

Après ce délai, le président fixe une date d'audition.

19.7 Le conseil d'arbitrage rend sa sentence dans les soixante (60) jours de l'audition.

4. SENTENCE

19.8 Une sentence arbitrale doit être rendue par écrit et être motivée; elle contient, le cas échéant, le rapport dissident d'un assesseur.

Elle est transmise, sous pli recommandé, aux parties intéressées.

- + **19.9** Tout montant que la Régie doit payer en exécution d'une sentence arbitrale porte intérêt au taux prévu par la loi en regard d'un remboursement exigible d'un chirurgien buccal et maxillo-facial. Cet intérêt court à compter de la présentation du différend.

5. FRAIS

19.10 Les honoraires du président sont répartis en parts égales entre les parties au différend.

Les honoraires d'un assesseur sont payés par la partie qui le nomme.

Les frais de sténographie sont assumés par la Régie.

6. GREFFIER

19.11 Le greffier du conseil d'arbitrage est nommé par le Ministre.

Il a pour mission de préparer le dossier d'arbitrage, de convoquer les parties, d'assigner les témoins et de voir au bon déroulement de l'audition.

Il agit selon les instructions du conseil d'arbitrage.

**TITRE VI.
DURÉE DE L'ENTENTE****ARTICLE 20. DURÉE DE L'ENTENTE**

+ **20.1** Cette entente prend effet le 1^{er} avril 2010 et se termine le 31 mars 2015.

CLAUSES TRANSITOIRES

Les parties conviennent que les tarifs qui seront convenus entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens-dentistes relativement aux actes de diagnostic, à l'exception de la consultation, de restauration, d'endodontie, de prothèse acrylique ainsi qu'aux actes de chirurgie énumérés ci-après seront intégrés à l'entente :

- ablation de dent
- ablation de racine
- exposition chirurgicale pour fins orthodontiques
- incision et drainage d'un abcès
- alvéolite
- alvéoloplastie
- frénectomie
- gingivectomie
- operculectomie
- contrôle d'hémorragie
- immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme
- réimplantation d'une dent complètement exfoliée

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**FRANÇOIS PAYETTE**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

ANNEXE I**RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**

(VOIR RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF)

ANNEXE II**MONTANTS FORFAITAIRES COMPENSATOIRES PAYABLES AUX SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE**

Le chirurgien buccal reçoit des paiements forfaitaires pour les services rendus pour la période du 1^{er} avril 1999 au 31 décembre 2003.

A) Pour les services non visés aux clauses transitoires (i. e. les services dont le tarif est convenu entre le MSSS et l'ASCBMFQ).

- Pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003, le montant du paiement forfaitaire est égal à 2,0 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.

Les montants des paiements forfaitaires ainsi calculés sont répartis au prorata de la masse d'honoraires gagnés par chaque chirurgien buccal pour ces services par rapport à l'ensemble des honoraires gagnés pour ces services.

Les montants des paiements forfaitaires pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003 seront payables le ou avant le 30 juin 2004. Ces paiements forfaitaires seront calculés sur la base des données établies par la Régie de l'assurance maladie du Québec, le ou vers le cent quatre-vingtième (180^e) jour de la fin de la période, lesquelles représentent la totalité des honoraires versés pour cette période.

B) Pour les services visés aux clauses transitoires (i.e. les services dont le tarif est convenu entre le MSSS et l'ACDQ).

- Pour la période du 1^{er} avril 1999 au 31 décembre 1999, le montant du paiement forfaitaire est égal à 1,70 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.
- Pour la période du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, le montant du paiement forfaitaire est égal à 4,67 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.
- Pour la période du 1^{er} janvier 2001 au 31 mars 2001, le montant du paiement forfaitaire est égal à 7,73 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.
- Pour la période du 1^{er} avril 2001 au 31 décembre 2001, le montant du paiement forfaitaire est égal à 25,80 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.
- Pour la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2002, le montant du paiement forfaitaire est égal à 28,90 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.
- Pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2003, le montant du paiement forfaitaire est égal à 31,50 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.
- Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 décembre 2003, le montant du paiement forfaitaire est égal à 48,55 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.

Les montants des paiements forfaitaires pour la période du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2003 seront payables le ou avant le 30 novembre 2003. Les montants des paiements forfaitaires pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 décembre 2003 seront payables le ou avant le 30 juin 2004. Ces paiements forfaitaires seront calculés sur la base des données établies par la Régie de l'assurance maladie du Québec, le ou vers le cent quatre-vingtième (180^e) jour de la fin de la période, lesquelles représentent la totalité des honoraires versés pour cette période.

- C) Les paiements forfaitaires prévus à la présente annexe pour la période du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2003 ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût des rémunérations payées qui sont comparées à l'enveloppe budgétaire globale prévue à l'article 1.1 de la lettre d'entente de l'annexe III.

Le paiement de la Régie au chirurgien buccal doit être accompagné d'un relevé répartissant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire et selon l'année budgétaire au cours de laquelle les services ont été rendus.

La Régie doit également fournir aux parties, au plus tard 30 jours après le versement de chaque forfaitaire, un fichier contenant le détail du calcul du forfaitaire payable à chaque chirurgien buccal, conformément aux modalités décrites.

Si le chirurgien buccal est décédé, le forfaitaire est payable à sa succession et/ou à ses ayants droit. La Régie doit informer les parties de tout paiement qui lui est retourné pour quelque raison que ce soit.

ANNEXE III

LETTRE D'ENTENTE NO 1

Vu l'entente relative au régime d'assurance maladie du 1^{er} mai 1983

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Nonobstant le paragraphe 2.9 et le deuxième alinéa du paragraphe 5.1 des règles d'application du tarif, lorsque le chirurgien buccal prend une radiographie panoramique en cabinet privé à une personne assurée de services de chirurgie buccale autre que celle visée au deuxième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie, le chirurgien buccal peut en obtenir compensation de la part de cette personne assurée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ____ jour de ____ 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**BENJAMIN SALEH**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 2

Vu l'entente relative au régime d'assurance maladie du 1^{er} mai 1983.

AVIS : Cette lettre est abrogée par l'amendement n° 11.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les parties négociantes conviennent d'entreprendre des négociations sur l'introduction possible à cette entente de nouveaux préambules.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 4^{ième} jour d'octobre 1988.

THÉRÈRE LAVOIE-ROUX

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**LÉON DAIGLE**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 3**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Les tarifs déterminés entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec relatifs aux actes de chirurgie sont augmentés pour la période du 1^{er} décembre 1992 au 30 novembre 1993 selon les hausses de tarifs qui seront convenues entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de juin 1993.

MARC-YVAN CÔTÉ

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**ALDO CAMARDA**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec**LETTRE D'ENTENTE NO 4**

AVIS : Cette lettre est abrogée par l'amendement n° 11.

Les parties conviennent d'introduire un mécanisme de vérification des coûts suite à l'introduction de la visite du patient hospitalisé pour un examen ou un traitement médical et de la modification de la règle 2.0 sur les soins d'urgence en milieu hospitalier.

Les montants versés pour ces visites et pour les forfaits de l'urgence reliés à la modification de la règle 2.0 doivent représenter 0,9 % des honoraires versés pour les services non visés aux clauses transitoires, pour la période du 1^{er} janvier 1994 au 30 juin 1994.

Si le pourcentage observé dépasse le pourcentage visé, le coût de ce dépassement sera réduit des montants forfaitaires à être versés pour cette période ainsi que du prochain taux d'augmentation de tarif, de manière à rendre le coût de ces services conforme au pourcentage établi au paragraphe précédent. Inversement, si les coûts n'atteignent pas le pourcentage visé, les chirurgiens buccaux seront compensés sur la base du même principe.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de juin 1993.

MARC-YVAN CÔTÉ

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**ALDO CAMARDA**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 5**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Si, au cours de la durée de l'Entente, des modifications étaient apportées aux conventions collectives applicables aux employés des secteurs public et parapublic concernant des conditions de rémunération, les dispositions de l'Entente seront ajustées en conséquence en appliquant à compter du 1^{er} janvier 2004, le pourcentage d'augmentation accordé à ces employés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ____ jour de ____ 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

BENJAMIN SALEH

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 6

AVIS : Cette lettre est abrogée par l'amendement n° 11.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les parties conviennent d'établir un mécanisme de vérification des coûts reliés à l'introduction de la visite de contrôle.

Le pourcentage des montants versés aux chirurgiens buccaux pour les visites de contrôle par rapport à l'enveloppe budgétaire prédéterminée ne doit pas dépasser 5% pour les périodes de 1999-2000 et 2000-2001.

Si ce pourcentage était dépassé, les parties conviennent de revoir les modalités de la visite de contrôle pour ramener le pourcentage au niveau prévu au deuxième (2^e) alinéa ou d'apporter des correctifs tarifaires équivalents.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23^{ième} jour d'avril 1999.

PAULINE MAROIS

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DR. FRANÇOIS BLONDEAU

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 7

AVIS : Cette lettre est abrogée par l'amendement n° 11.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Dans le cadre de l'amendement n° 9 de l'entente, les tarifs de certains actes (les services codés 74101 à 74107, 74111 à 74117, 74421 à 74427, 76210, 76221, 76222, 76223, 76231 à 76233, 76241 à 76243, 76260, 77160, 78115, 78125, 78200, 78300, 78400, 78600, 79101, 79104 à 79113) de l'annexe 1 de l'entente sont haussés pour permettre de résorber le montant des non-atteintes accumulées entre 1995-1996 et 2000-2001. Lorsque le montant des non-atteintes sera ramené à zéro, l'Association s'engage à convenir de mesures pour éviter un dépassement éventuel de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée occasionné par la hausse des tarifs de ces actes..

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de ____ 2001.

RÉMY TRUDEL

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**DR. DANY MORAIS**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec**LETTRE D'ENTENTE NO 8****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Si au cours de la période 2001-2002, un dépassement était constaté, les parties procéderont à l'examen des causes de ce dépassement tout en considérant l'aspect de l'évolution de la pratique des chirurgiens buccaux.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de ____ 2001.

RÉMY TRUDEL

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**DR. DANY MORAIS**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 9

AVIS : Cette lettre est abrogée par l'amendement n° 11.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le montant des non-atteintes accumulées entre 1995-1996 et 2000-2001 représente 955 000 \$.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de ____ 2001.

RÉMY TRUDEL

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**DR. DANY MORAIS**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec**LETTRE D'ENTENTE NO 10****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Dans le cadre de l'amendement no 10 de l'Entente, l'annexe n° I (Règles d'application du tarif) a été modifiée pour introduire, entre autres, de nouveaux actes pour refléter l'évolution de la pratique hospitalière de la chirurgie buccale.

Un mécanisme de vérification des coûts de ces nouveaux actes est mis en place. Les nouveaux actes sont :

- Lambeau bicoronal;
- Turbinectomie totale;
- Arthrocentèse;
- Arthroscopie diagnostique;
- Arthroscopie thérapeutique;
- Réduction de l'os frontal;
- Oblitération du sinus frontal;
- Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope;
- Plaque de reconstruction;
- Condylectomie haute (5 mm et plus)
- Forfait pour chirurgie complexe.

Un montant de 65 600 \$ a été prévu comme coût de ces nouveaux actes.

Une vérification de l'état de la dépense pour ces nouveaux actes est effectuée pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004, afin de permettre d'évaluer la fréquence et le coût de ces actes et de convenir, si nécessaire, des ajustements à faire à compter du 1^{er} janvier 2005.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de ____ 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux**BENJAMIN SALEH**

Président

Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

+ LETTRE D'ENTENTE NO 11**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Dans le cadre de l'amendement no 11 de l'entente, l'annexe n^o V a été introduite afin de déterminer les modalités encadrant la rémunération versée aux chirurgiens buccaux pour la garde en disponibilité dans les établissements désignés.

Un mécanisme de vérification des coûts de cette nouvelle mesure est mis en place et un montant de 580 000 \$ est prévu pour la période du 1^{er} octobre 2007 au 30 septembre 2008.

Une vérification de l'état de la dépense pour cette nouvelle mesure sera effectuée par les parties négociantes pour la période du 1^{er} octobre 2007 au 30 septembre 2008 afin de permettre d'évaluer cette mesure et de convenir, si nécessaire, dans le cas d'un dépassement de la somme prévue, des ajustements à faire à compter de 1^{er} octobre 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____ jour de _____ 2007.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

FRANÇOIS PAYETTE

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

+

LETTRE D'ENTENTE N° 12

**CONCERNANT LA FACTURATION DE LA CONSULTATION
(CODES D'ACTE N° 93220 ET N° 93230)**

Considérant les augmentations accordées dans le cadre du renouvellement de l'Entente, plus particulièrement celles accordées à la consultation;

Considérant la volonté des parties de s'assurer que le niveau moyen des augmentations accordées dans le cadre du renouvellement de l'Entente soit respecté;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De suivre périodiquement le niveau de facturation de la consultation (codes d'acte n° 93220 et n° 93230) à la suite des augmentations accordées le 1^{er} octobre 2013.
2. Dans l'éventualité où une augmentation significative au niveau de la fréquence d'utilisation de la consultation est constatée à la suite de la hausse des tarifs, les parties devront convenir des mesures de contrôle nécessaires et des correctifs, le cas échéant, afin de respecter le niveau moyen de l'ordre de 13,694 % des augmentations accordées pour les actes visés par ce redressement dans le cadre du renouvellement 2010-2015 de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce _____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE DU QUÉBEC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La présente lettre d'entente prévoit l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2010.

ARTICLE 1. DÉTERMINATION D'UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE

1.1 Une enveloppe budgétaire globale est déterminée pour chacune des périodes suivantes :

- période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005 : 5 507 000 \$;
- période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006 : 5 761 000 \$;
- période du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 : 5 890 000 \$.
- période du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008 : 6 542 000 \$;
- période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009 : 7 257 000 \$;
- période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010 : 7 415 000 \$;

1.2 L'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'article 1.1 pour une période couvre la rémunération de l'ensemble des services rendus au cours de cette période par les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux dans le cadre du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* et dans le cadre des autres programmes dont l'administration est confiée par la loi ou le gouvernement à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle couvre également la rémunération des services rendus au cours de cette période par le chirurgien buccal et maxillo-facial désengagé au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* ainsi que les services professionnels des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux hors-Québec inscrits au régime d'assurance maladie ainsi que les remboursements aux bénéficiaires pour des services dispensés hors-Québec selon le montant payé pour de tels services en vertu de l'entente.

Le versement d'une rémunération sous forme de forfait, de majoration de la rémunération de base, de mesures incitatives complémentaires ou supplémentaires à la rémunération de base, le paiement d'avantages sociaux ou le versement de périodes suivantes : divers montants, tels des primes, des suppléments, des indemnités, des frais ou des allocations, sont assumés à même l'enveloppe budgétaire d'une période, que la rémunération versée ou les paiements effectués pour les services rendus au cours de cette période le soient à titre de compensation, de rétroactivité, de remboursement ou autrement.

ARTICLE 2. ABROGÉ PAR L'AMENDEMENT N^O 11.

ARTICLE 3. DÉTERMINATION DU SUIVI ET DE LA VÉRIFICATION DU COÛT DE LA RÉMUNÉRATION VERSÉE AUX CHIRURGIENS BUCCAUX ET MAXILLO-FACIAUX EN VUE D'ASSURER LE RESPECT DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE.

3.1 Suivi du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux

3.1.1 Un suivi du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux en application de la présente lettre d'entente est effectué par les parties négociantes, selon le calendrier ci-après prévu, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes d'application de la lettre d'entente.

À cette fin, la Régie prépare et transmet aux parties négociantes des prévisions budgétaires pour chaque période d'application.

Elle effectue d'abord une prévision initiale au cours du mois de janvier précédant chaque période d'application.

Cette prévision est, par la suite, révisée au cours des mois de mai, septembre et janvier de la période sous étude en fonction de la rémunération versée jusqu'alors aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux.

3.1.2 Sur réception de ces prévisions, les parties négociantes procèdent à leur analyse en y apportant, s'il y a lieu, les corrections qu'elles jugent opportunes.

L'analyse doit tenir compte des tendances observées et, notamment, de l'effet prévisible sur la rémunération, des correctifs apportés par les mesures introduites par les parties négociantes.

3.1.3 Si, au terme de leur analyse, l'évaluation des parties négociantes démontre qu'un dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée pour une période est prévisible, des mesures correctives sont apportées par les parties négociantes afin d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire pour cette période.

3.2 Vérification finale

3.2.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux en application de la présente lettre d'entente est effectuée par les parties négociantes au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes d'application de la lettre d'entente.

3.2.2 La vérification est effectuée sur la base des données statistiques établies par la Régie au cours du mois de septembre suivant chacune des périodes d'application de la lettre d'entente, en incluant le coût des demandes de paiement au Fichier des erreurs en attente de traitement (FERAT) ajusté selon l'article 3.2.3; ces données sont considérées comme représentant la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours d'une période d'application.

3.2.3 Pour les données inscrites au FERAT, celles-ci sont ajustées selon la moyenne des pourcentages d'honoraires du FERAT payés au cours des deux périodes annuelles précédant la période concernée.

3.2.4 Advenant une non-atteinte de l'enveloppe budgétaire prédéterminée, le solde est mis en réserve et est utilisé pour couvrir un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au cours d'une période subséquente ou à d'autres fins à convenir par les parties.

3.2.5 Advenant que le coût des rémunérations payées pour les services rendus par les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux pendant une période d'application d'une entente, soit plus élevé que le montant de l'enveloppe budgétaire globale alloué par le gouvernement et qu'il n'y ait pas de réserve suffisante, chaque chirurgien buccal et maxillo-facial rembourse sa quote-part en proportion des honoraires qu'il a touchés de la Régie, pendant cette période.

Ce remboursement est effectué au cours de la période qui suit celle du dépassement, au moyen d'une ou de plusieurs retenues sur les honoraires du chirurgien buccal et maxillo-facial, selon les modalités arrêtées par le Ministre et l'Association.

ARTICLE 4. ABROGÉ PAR L'AMENDEMENT N^O 11.

ARTICLE 5. APPLICATION

5.1 Cette lettre d'entente s'applique du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2007.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

FRANÇOIS PAYETTE

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

Accord n° 1

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE DU QUÉBEC

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 3.2 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} mai 1983 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie de l'assurance maladie verse au docteur Dennis Kaloyannis un montant de 4 204,24 \$ pour le remplacement effectué par ce dernier auprès du Centre régional de santé et services sociaux de la Baie James au cours de la période du 15 au 21 octobre 1999.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23^e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DOCTEUR FRANÇOIS BLONDEAU

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

+

Accord n° 2

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec relatif au remboursement des frais de déplacement du Docteur François Blondeau.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 3.2 de l'Entente relative à l'assurance maladie entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec intervenue le 1^{er} mai 1983.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Lorsqu'il se déplace à Blanc Sablon pour rendre des services, le D^r François Blondeau a droit au remboursement par la Régie de ses frais de transport, et ce, sur présentation de pièces justificatives, selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi¹, etc.) ou pour la location d'une voiture² ou au taux de 0,86 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

Le temps de déplacement pour se rendre à Blanc Sablon ainsi que le temps de retour sont payés au taux horaire de 85,21 \$. Le temps de déplacement est payé jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par trajet. On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé.

Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} mai 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

¹ L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination. De plus, l'utilisation du taxi n'est autorisée que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.

² La location d'une voiture est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun qui ne permet pas au chirurgien buccal et maxillo-facial de se rendre dans la localité à desservir.

ANNEXE IV**RESSOURCEMENT DANS LES TERRITOIRES DÉSIGNÉS
PAR LE MINISTRE**

AVIS : *Pour bénéficier des mesures incitatives, le professionnel doit remplir la Demande de remboursement des mesures incitatives (n° 3336).*

Pour l'information sur la rédaction de la demande de remboursement et sur les messages explicatifs, vous référer aux onglets spécifiques du manuel.

Vous pouvez consulter la liste des localités sous l'onglet Mesures incitatives.

1. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les territoires désignés par le Ministre peut bénéficier d'un séjour d'un maximum de vingt (20) jours de ressourcement après chaque période de douze (12) mois où il a exercé sa profession sur une base régulière dans ces territoires.

2. Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement, d'un programme de formation continue dans sa discipline ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement offert au Québec.

Toutefois, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut avec l'accord préalable d'un comité de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par l'Association se prévaloir d'un séjour de ressourcement à l'extérieur du Québec. Ne sont pas considérés comme séjours de ressourcement à l'extérieur du Québec ceux effectués à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

L'accord du comité porte limitativement sur la durée du séjour de ressourcement projeté ainsi que sur le mérite scientifique du programme ou du congrès de perfectionnement visé.

3. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui désire bénéficier d'un séjour de ressourcement doit informer la Régie régionale de la santé et des services sociaux ou le Conseil régional de la santé et des services sociaux de son territoire au moins un (1) mois avant la date du départ.

4. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui bénéficie d'un séjour de ressourcement a droit au remboursement des frais suivants :

- a) Un montant de 512 \$ par jour de ressourcement à compter du 1^{er} octobre 2013.
- b) Le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de ressourcement (maximum 4 fois par année).

Les frais de transport lui sont remboursés par la Régie, sur présentation de pièces justificatives, selon les modalités suivantes :

les frais de transport sur présentation de pièces justificatives selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi (*), etc) ou pour la location d'une voiture (**) ou au taux de 0,86 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

(*) L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination. De plus, l'utilisation du taxi n'est autorisée que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.

(**) La location d'une voiture est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun qui ne permet pas au chirurgien buccal et maxillo-facial de se rendre dans la localité à desservir.

Ces frais sont remboursés au chirurgien buccal et maxillo-facial jusqu'à concurrence de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour vol régulier de la localité où il exerce ses fonctions jusqu'au point d'arrivée situé au Québec ou jusqu'à Montréal.

- c) Une allocation forfaitaire de 217 \$ par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) à compter du 1^{er} octobre 2013.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit, pour obtenir remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation du séjour de perfectionnement. Cette rémunération et ce remboursement se font selon la procédure prévue à l'article 11 de l'Entente. Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit produire à la Régie les pièces justificatives au plus tard un (1) mois après la prise de ce congé ou lors de sa facturation.

- # 5. Le cumul des journées de ressourcement ne peut excéder quatre-vingt (80) jours. Lorsque le chirurgien buccal et maxillo-facial quitte les territoires visés par la présente annexe, ses journées accumulées doivent être prises dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 4. a.

6. Les dispositions de la présente annexe entrent en vigueur le 1^{er} juin 1992 et le demeurent jusqu'à l'expiration de l'entente.

DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ANNEXE IV DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ

Les territoires suivants sont désignés aux fins de l'application de l'annexe IV de l'entente MSSS - ASCBMFQ

- La totalité de la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
- La totalité de la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-La-Madeleine;
- La totalité de la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi - Témiscamingue;
- La totalité de la région pour laquelle est instituée le centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James;
- Les localités de Parent, Sanmaur, Clova, Casey et Lac Cooper, toutes situées dans la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- La totalité de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik;
- La totalité de la région pour laquelle est institué le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ANNEXE V**CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉE PAR LES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. OBJET**

1.1 Sont instaurés des suppléments pour la garde en disponibilité accomplie par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (chirurgien buccal), afin de favoriser la continuité des services en traumatologie maxillo-faciale dans les établissements désignés.

2. APPLICATION

2.1 Un supplément de garde en disponibilité est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui, au cours d'une journée, en vertu de la liste de garde préparée par le chef de département ou de service, est assigné de garde en établissement désigné.

2.2 Le montant du supplément de garde en disponibilité peut varier :

- selon qu'il s'agisse d'une garde locale ou d'une garde multi-établissements;
- selon que la garde soit effectuée en semaine, du lundi au vendredi, ou le samedi, le dimanche ou un jour férié stipulé à la règle 1.8 de l'annexe I.

3. DÉFINITIONS

3.1 La garde locale correspond à la garde en disponibilité effectuée par un chirurgien buccal et maxillo-facial qui est assigné de garde dans un établissement.

3.2 La garde multi-établissements correspond à la garde en disponibilité effectuée par un chirurgien buccal et maxillo-facial qui est assigné de garde dans un établissement afin de couvrir, à partir de cet établissement, la garde en disponibilité d'un ou de plusieurs autres établissements désignés.

4. ÉTABLISSEMENTS VISÉS

4.1 Les établissements où s'applique un supplément de garde en disponibilité sont désignés par les parties négociantes.

5. RÉMUNÉRATION

Supplément de garde

+ **5.1** Le montant du supplément de garde en disponibilité payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui est assigné de garde dans un établissement désigné, est :

- pour une garde locale : 120 \$ par jour, du lundi au vendredi, et 240 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.
- pour une garde multi-établissements : 180 \$ par jour, du lundi au vendredi, et 360 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Voir les instructions de facturation dans la section Liste des établissements désignés par les parties négociantes.

6. RÈGLES D'APPLICATION ET LIMITATIONS

6.1 Un seul supplément de garde locale est payable par jour, par établissement.

Il en est de même pour la garde multi-établissements, où un seul supplément est payable par jour, pour le groupe d'établissements désignés.

6.2 Un supplément de garde locale ne peut être réclamé, au cours d'une journée, pour un établissement donné, lorsqu'un supplément de garde multi-établissements est réclamé pour cet établissement au cours de cette journée.

6.3 Un chirurgien buccal et maxillo-facial ne peut réclamer plus d'un supplément de garde en disponibilité par jour.

7. AVIS

7.1 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente annexe.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

8.1 La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} octobre 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

FRANÇOIS PAYETTE
Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

**+ LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES
NÉGOCIANTES
(EN RELATION AVEC L'ANNEXE V DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ)**

Pour la garde locale

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont - Pavillon Maisonneuve / Pavillon Lamoureux
- Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Cité-de-la-Santé
- CSSS Gatineau - Pavillon de Hull
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôtel-Dieu
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Hôtel-Dieu de Lévis
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Centre hospitalier Anna Laberge
- Hôpital Pierre-Le Gardeur
- Hôpital général de Montréal
- Hôpital de Verdun
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Hôpital Honoré-Mercier
- Hôpital Charles LeMoine
- # • Hôpital régional de Saint-Jérôme
- # • Hôtel-Dieu de Sorel
- # • Notre-Dame du CHUM

Pour la garde multi-établissements

Cet établissement prend en charge	Établissement(s) pris en charge
Hôpital de Verdun	Hôpital du Haut-Richelieu
Hôpital de Verdun	Hôpital Honoré-Mercier
Hôpital général de Montréal	Hôpital Charles LeMoine
Hôpital Pierre-Le Gardeur	Hôpital Charles LeMoine
CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier	Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière
Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière	CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier
Hôpital régional de Saint-Jérôme	Hôpital de Mont-Laurier
	Hôpital Laurentien
	Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil
	Hôpital Pierre-Le Gardeur
+ Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	Les autres centres hospitaliers de l'Abitibi-Témiscamingue et des régions du nord du Québec, dont :
	Centre hospitalier de La Sarre
	Centre hospitalier de Rouyn-Noranda
	Centre hospitalier de Val-d'Or
	Centre hospitalier de Ville-Marie
	Centre hospitalier de Chisasibi

Voir l'**AVIS** à la page suivante.

AVIS : *Tableau des codes et des tarifs*

Type de garde	En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
	Code	\$	Code	\$
Garde locale	94521	120,00	94522	240,00
Garde multi-établissements	94523	180,00	94524	360,00

Veuillez utiliser le formulaire Demande de paiement (n° 1670) et inscrire les données suivantes :

- le code **XXXX01010112**, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTE;
- inscrire le code d'établissement (pour la garde multi-établissements, utilisez le code de l'établissement qui « **prend en charge** » la garde);
- le montant demandé dans la case HONORAIRES et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

ANNEXE VI**CONCERNANT LE VERSEMENT DE DIVERS MONTANTS FORFAITAIRES PAYABLES AUX SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE****1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ**

Pour les services visés aux clauses transitoires (i.e. les services dont le tarif est convenu entre le MSSS et l'ACDQ), des montants doivent être versés par la Régie aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, sous forme de montants forfaitaires, selon les modalités décrites ci-après.

1.1 MODALITÉS D'APPLICATION

Le paiement de la Régie au chirurgien buccal et maxillo-facial doit être accompagné d'un relevé répartissant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire et selon l'année budgétaire en cours de laquelle les services ont été rendus.

1.2 MODALITÉS DE CALCUL

1.2.1 La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial une rétroactivité de 2 % sur les honoraires gagnés¹ durant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 sur la base des données établies par la Régie en décembre 2007.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial une rétroactivité de 4,04 % sur les honoraires gagnés, durant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008 sur la base des données établies par la Régie en juin 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial une rétroactivité de 6,12 % sur les honoraires gagnés, durant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des données établies par la Régie en septembre 2008.

1.2.2 La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial un montant forfaitaire égal à 12,8161 % pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 décembre 2007 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en juin 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial un montant forfaitaire égal à 11,9410 % pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en septembre 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial un montant forfaitaire égal à 28,6640 % pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en septembre 2008.

Les paiements forfaitaires prévus à la présente sous-section, pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 mai 2008, ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût des rémunérations payées qui sont comparées à l'enveloppe budgétaire globale prévue au paragraphe 1.1 de la lettre d'entente de l'annexe III.

1.2.3 La Régie versera à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial, pour la période du 1^{er} juin 2008 au 30 avril 2009, une rétroactivité correspondant à l'écart entre les honoraires versés et ceux auxquels il aurait eu droit suite à l'application des nouveaux tarifs convenus avec l'ACDQ au 1^{er} juin 2008.

Ce montant sera calculé sur la base des données de la Régie en septembre 2009 et sera payable au plus tard le 31 octobre 2009

¹Honoraires gagnés : s'appliquent seulement sur les actes négociés par l'ACDQ

ANNEXE VII**CONCERNANT L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES****1. OBJET**

La présente annexe a pour objet la mise en place d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences pour les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux.

Ce programme prévoit l'octroi, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial admissible, d'un montant forfaitaire par demi-journée, pour les activités de développement professionnel et de maintien des compétences reconnues auxquelles il participe (ci-après les « demi-journée de ressourcement »).

2. ADMISSIBILITÉ

- 2.1 Les mesures prévues à cette annexe s'appliquent au chirurgien buccal et maxillo-facial qui a une pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie. Elles ne s'appliquent toutefois pas au chirurgien buccal et maxillo-facial qui bénéficie des modalités de ressourcement dans les territoires désignés prévues à l'Annexe IV de l'Entente.
- 2.2 Les critères de pratique active sont déterminés périodiquement par les parties négociantes et transmis à la Régie aux fins d'application de ce programme.

3. MODALITÉS D'APPLICATION

- 3.1 Le chirurgien buccal et maxillo-facial bénéficie d'un maximum de quatorze (14) demi-journées de ressourcement par année civile. Les demi-journées de ressourcement sont calculées et octroyées au crédit du chirurgien buccal et maxillo-facial à raison d'une demi-journée de ressourcement pour chaque tranche de dix mille dollars (10 000 \$) de gains de pratique payés par la Régie au cours de l'année civile.
- 3.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut utiliser ses demi-journées de ressourcement par anticipation, jusqu'à concurrence de quatorze (14) demi-journées par année civile. À la fin d'une année civile, s'il a utilisé, par anticipation, plus de demi-journées de ressourcement que ce à quoi il a droit en vertu du paragraphe 3.1, les demi-journées en excédent viennent réduire le nombre de demi-journées auquel il a droit lors de l'année subséquente.
- 3.3 Les demi-journées de ressourcement peuvent être utilisées tous les jours de la semaine. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui réclame le paiement d'une demi-journée de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires de la Régie au cours de la même période.
- 3.4 Les demi-journées de ressourcement non utilisées au cours d'une année ne peuvent être cumulées. Elles ne peuvent également faire l'objet d'une indemnisation.
- 3.5 Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui participe à une activité de ressourcement reconnue doit donner un préavis d'un (1) mois au chef de département ou de service.

- 3.6 Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui participe à une activité de ressourcement reconnue a droit au paiement d'un montant forfaitaire de deux cent cinquante-six dollars (256 \$) par demi-journée de ressourcement à compter du 1^{er} avril 2013.

AVIS : *Remplir le formulaire Demande de paiement – Programme de développement professionnel et de maintien des compétences (n° 4188), en y inscrivant les renseignements pertinents. Le formulaire n° 4188 est disponible dans le site Internet de la Régie :*

- transmettre l'original du formulaire à l'adresse précisée;
- joindre l'attestation (voir l'article 4. Activités de ressourcement reconnues).

Une activité de trois (3) heures permet l'utilisation d'une demi-journée de ressourcement. Une activité de six (6) heures permet l'utilisation de deux (2) demi-journées de ressourcement. Un maximum de deux (2) demi-journées est payable par jour.

- 3.7 Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit, pour obtenir paiement de ce montant forfaitaire, fournir à la Régie les pièces justificatives.

4. ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

- 4.1 Seules les activités de développement professionnel et de maintien des compétences reconnues par les parties négociantes peuvent donner droit aux avantages prévus au présent programme.
- 4.2 Sont reconnues les activités qui répondent à l'un ou l'autre des critères suivants :

i. Les activités d'apprentissage collectif agréées

Les activités d'apprentissage collectif agréées sont des activités de développement professionnel et de maintien des compétences d'une durée minimale de trois (3) heures consécutives et qui sont dispensées de façon conforme aux normes d'un prestataire agréé en matière d'éducation et d'éthique.

Est considérée comme prestataire agréé, toute organisation évaluée comme telle par l'Ordre des dentistes du Québec.

AVIS : *Les activités d'apprentissage collectif agréées doivent être accompagnées de l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation.*

ii. Les stages de formation et de perfectionnement

Les stages de formation ou de perfectionnement sont des activités d'une durée minimale de trois (3) heures consécutives, planifiées en collaboration avec un mentor ou un superviseur et qui portent sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences ou sur leur maintien. Ces stages d'apprentissage sont mis en place après la détermination d'un besoin ou d'un objectif, par exemple par rapport au milieu de pratique.

Un stage de formation ou de perfectionnement comporte un plan d'apprentissage élaboré individuellement ou en collaboration avec les pairs ou les mentors. Le chirurgien buccal et maxillo-facial exerce sous la direction d'un mentor ou d'un superviseur, qui lui donne une rétroactivité relative aux objectifs d'apprentissage atteints.

Tout chirurgien buccal et maxillo-facial qui souhaite faire reconnaître un stage de formation ou de perfectionnement aux fins de l'application du présent programme doit transmettre une demande à cet effet aux parties négociantes au moins un (1) mois avant le début du stage.

AVIS : Avant de soumettre votre demande de paiement à la Régie, veuillez obtenir l'autorisation des parties négociantes. Pour ce faire, veuillez transmettre votre demande par écrit incluant les documents explicatifs, à l'adresse suivante :

Équipe de négociation ASCBMFQ
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des professionnels de la santé et du personnel d'encadrement
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4

Télécopieur : 418 266-8444

Les parties négociantes transmettent à la Régie les renseignements nécessaires aux fins de paiement de ces activités de formation.

Pour cette réclamation, veuillez procéder comme indiqué précédemment dans les modalités d'application.

5. COMITÉ CONJOINT

- 5.1 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de l'application du programme prévu à la présente annexe.
- 5.2 Le comité conjoint a pour principale fonction d'évaluer les demandes de reconnaissance de stage de formation ou de perfectionnement transmises par les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux en vertu de l'alinéa 4.2 ii.
- De plus, le comité conjoint peut se prononcer sur toute activité de développement professionnel et de maintien des compétences prévue à l'alinéa 4.2 i. lorsque cette implication est nécessaire afin de bien cerner si une activité satisfait ou non aux conditions prévues à cet alinéa.
- 5.3 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comporte l'information nécessaire à l'application du présent programme.

6. MISE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} avril 2013. Toutefois, aux fins de l'application du paragraphe 3.1, on tient compte des gains de pratique du chirurgien buccal et maxillo-facial à compter du 1^{er} janvier 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce _____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

+

ANNEXE VIII**CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ
SUR LES SERVICES VISÉS AUX CLAUSES TRANSITOIRES****1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ**

Les parties conviennent qu'à la suite de la signature du renouvellement de l'entente pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015, des montants doivent être versés par la Régie pour les services visés aux clauses transitoires aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux visés par l'Entente. Ces montants seront versés sous forme de montants forfaitaires selon les modalités décrites ci-après :

2. MODALITÉS DE CALCUL

2.1 La Régie versera, le ou vers le 31 octobre 2013, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial une rétroactivité de :

- 0,50 % sur les honoraires gagnés¹ du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011;
- 4,54 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012;
- 32,167 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2012 au 30 novembre 2012.

2.2 La Régie versera à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial, le ou vers le 31 octobre 2013, pour la période du 1^{er} décembre 2012 au 31 mars 2013, une rétroactivité correspondant à l'écart entre les honoraires versés et ceux auxquels il aurait eu droit suite à l'application des nouveaux tarifs convenus avec l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) au 1^{er} décembre 2012.

2.3 La Régie versera à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial, le ou vers le 31 mai 2014, pour la période du 1^{er} avril 2013 au 30 septembre 2013, une rétroactivité correspondant à l'écart entre les honoraires versés et ceux auxquels il aurait eu droit suite à l'application des nouveaux tarifs convenus avec l'ACDQ au 1^{er} avril 2013.

3. MODALITÉS D'APPLICATION

Le paiement de la Régie au chirurgien buccal et maxillo-facial doit être accompagné d'un relevé.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce _____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

JEAN POIRIER
Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

¹Honoraires gagnés : s'appliquent seulement sur les actes négociés par l'ACDQ.

ANNEXE IX**CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ
SUR LES SERVICES NON VISÉS AUX CLAUSES TRANSITOIRES****1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ**

Les parties conviennent qu'à la suite de la signature du renouvellement de l'entente pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015, des montants doivent être versés par la Régie pour les services non visés aux clauses transitoires aux chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux visés par l'Entente. Ces montants seront versés sous forme de montants forfaitaires selon les modalités décrites ci-après :

2. MODALITÉS DE CALCUL

2.1 La Régie versera, le ou vers le 31 octobre 2013, à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial une rétroactivité de :

- 0,50 % sur les honoraires gagnés¹ du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011;
- 1,254 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012;
- 2,266 % sur les honoraires gagnés du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013.

2.2 La Régie versera à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial, le ou vers le 31 mai 2014, pour la période du 1^{er} avril 2013 au 30 septembre 2013, une rétroactivité de 7,178 % sur les honoraires gagnés, à l'exception des honoraires de supplément de garde en disponibilité prévus au paragraphe 5.1 de l'Annexe V et des jours de ressourcement prévus aux alinéas a) et c) de l'article 4 de l'Annexe IV.

2.3 La Régie versera à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial, le ou vers le 31 mai 2014, pour la période du 1^{er} avril 2013 au 30 septembre 2013, une rétroactivité de 20 % sur les honoraires de supplément de garde en disponibilité prévus au paragraphe 5.1 de l'Annexe V.

2.4 La Régie versera à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial, le ou vers le 31 mai 2014, pour la période du 1^{er} avril 2013 au 30 septembre 2013, une rétroactivité de 32,9 % sur les jours de ressourcement prévus aux alinéas a) et c) de l'article 4 de l'Annexe IV.

3. MODALITÉS D'APPLICATION

Le paiement de la Régie au chirurgien buccal et maxillo-facial doit être accompagné d'un relevé répartissant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire et selon l'année budgétaire au cours de laquelle les services ont été rendus.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce _____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

¹Honoraires gagnés : s'appliquent seulement sur les actes négociés par l'ASCBMFQ.

+

ANNEXE X**CONCERNANT LA NON-ATTEINTE ACCUMULÉE AU 31 MARS 2010 DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2004 AU 31 MARS 2010**

CONSIDÉRANT l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015;

CONSIDÉRANT l'abandon du mécanisme d'enveloppe globale prédéterminée à compter du 1^{er} avril 2010;

CONSIDÉRANT la non-atteinte accumulée au 31 mars 2010 de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2010 de 1 292 622,98 \$;

CONSIDÉRANT le paragraphe 3.2.4 de la Lettre d'entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie versera, le ou vers le 1^{er} août 2013 à chaque chirurgien buccal et maxillo-facial ayant des honoraires gagnés¹ en 2011-2012 un montant forfaitaire équivalent à environ 6 % du montant total des honoraires qu'il a gagné au cours de la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2012, le tout de façon à assurer que le montant total à verser à l'ensemble des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux admissibles corresponde au montant de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2010 suite à l'application de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce _____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

¹A l'exception de l'annexe IV – Ressourcement dans les territoires désignés par le ministre.

2. PERSONNES ASSURÉES

2.0 AVANT-PROPOS

A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

Toutes les personnes assurées sont admissibles aux services assurés couverts par le programme de chirurgie buccale reçus dans un centre hospitalier ou dans un établissement universitaire déterminé par règlement.

B. SERVICES DENTAIRES

Toutes les personnes assurées dont l'âge est fixé par règlement et les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont admissibles au programme de services dentaires assurés reçus en cabinet privé, en établissement ou ailleurs.

2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES, DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT, AINSI QUE LES PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

2.1.1 Carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie valide.

2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Prénom usuel et le nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte
4. Date d'expiration de la carte
5. Date de naissance et le sexe de la personne assurée
6. Photographie/signature
7. Hologramme

2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Ces cartes sont émises dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour une raison d'ordre médical.

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour une raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour une raison d'ordre médical.

2.1.4 Vérification de la carte (Validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**

1- Vérification de la photo et de la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

2- Vérification de la date d'expiration

- a) *Si la date d'expiration est postérieure à la date des services*

Utiliser la *Demande de paiement - dentiste* (n° 1670) pour facturer les services rendus.

- b) *Si la date d'expiration est antérieure à la date des services*

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé au tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE), et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :**

- # a) *L'enfant est âgé de moins d'un an;*

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

- **Exception** : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case C.S. (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);

- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (**ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

b) *La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :*

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

c) *La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 », « 1 » ou « 2 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir le paragraphe 3.5 – Annexe V de l'onglet Rémunération à l'acte) :*

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

d) *Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues à la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS :*

- Vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;

- # - inscrire le numéro d'assurance maladie figurant sur la lettre de la Régie;
- inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.

Les situations d'exception sont en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale, familiale ou d'une agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires. Le professionnel lui remboursera la somme lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. Ne pas remettre de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

2- **Dans tous les autres cas (sauf pour le revendicateur du statut de réfugié) :**

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE) qui le concerne. Il le remet ensuite à la personne qui doit remplir la section la concernant et envoyer le formulaire à la Régie.

2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

2.2.1 Description du carnet de réclamation :

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours détiennent **un carnet de réclamation** qui leur donne droit aux services dentaires assurés. Ils doivent le présenter au chirurgien buccal et maxillo-facial chaque fois qu'ils reçoivent un tel service. Le carnet comporte deux volets.

Le **volet de gauche** du carnet identifie le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères), la période de validité du carnet et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

Le **volet de droite** identifie, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de services dentaires.

Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**, dans la case *Référence*.

Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué.

2.2.2 Vérifications à effectuer avant de rendre un service :

- # Lorsque **le prestataire ne peut présenter son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation est expiré**, il doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les renseignements suivants :

- la **période de validité du carnet de réclamation à la date des services**;
- # - l'**admissibilité aux services dentaires** par la présence de la mention « OUI » dans la case *Soins dentaires couverts* ou aux **services de prothèses dentaires acryliques** par la présence de la mention « SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE : OUI » à la case *Message*.

Si **le prestataire est soumis au délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques, la mention « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » figure dans la case *Soins dentaires couverts* de son carnet, ainsi que les mentions « SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE » et « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » à la case *Message*.

Avant ces dates, aucun service n'est payable sauf les services suivants et leur examen préalable **rendus en urgence**. (Réf. : article 36.1 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*) :

- ablation de dent ou de racine;
- ouverture de la chambre pulpaire;
- incision ou drainage d'un abcès;
- alvéolite;
- contrôle d'hémorragie;
- réparation d'une laceration de tissu mou;
- réduction d'une fracture alvéolaire;
- immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
- réimplantation d'une dent complètement exfoliée.

AVIS : *Pour les prestataires soumis à un délai de carence, lorsque fait le même jour, les services et leur examen préalable, doivent être facturés sur une même demande de paiement. Vous devez inscrire la lettre « D » dans la case C.S. L'examen d'urgence non suivi d'un des services énumérés ci-dessus n'est pas payable et sera donc refusé.*

- la **période de validité de la carte d'assurance maladie** :

- le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide : remplir une demande de paiement pour le service rendu;
- le prestataire ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide : vous référer à la section 2.1.4 *Vérification de la carte* (validité) de l'onglet **PERSONNES ASSURÉES**.

2.2.3 Revendicateur du statut de réfugié :

Lorsque la mention « Document de CIC requis » est présente dans la case *Message* du carnet de réclamation, vérifier si le prestataire détient une carte d'assurance maladie :

- lorsqu'il ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide, la Régie ne paie pas le coût des services;
- lorsqu'il présente une carte d'assurance maladie valide, vérifier au volet de gauche du carnet, s'il est admissible aux soins dentaires et aux prothèses dentaires :
 - s'il est admissible à la date du service : remplir une demande de paiement pour les services;
 - s'il n'est pas admissible à la date du service : la Régie ne paie pas le coût des services.

Les services rendus en urgence et leur examen préalable ne peuvent être facturés pour le revendicateur du statut de réfugié qui ne détient pas de carte d'assurance maladie.

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL (*formulaire n° 1670*) **ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE** (*formulaire n° 2076*)

3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les chirurgiens buccaux rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement – Spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (acte)* (n° 1670) et le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente, et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

- # Remplir le formulaire en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, n° de surface, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le deux janvier 20AA s'écrit AA-01-02.

Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1670)

La demande de paiement comporte six sections :

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 252 03/99

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE (1)
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

ADRESSE CODE POSTAL

DATE DES SERVICES (4)
ANNÉE MOIS JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTS DENT SURFACE N°1 MODI UNITES HONORAIRES

(2) NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE-PAG (2) SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (3)

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE 521.0
ÉTAT NORMAL V90.9
AUTRE

AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR

ÉTABLISSEMENT (5)
CODE DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS (6)

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

SPÉCIMEN

1. Identité de la personne assurée
2. Identité du chirurgien buccal ayant fourni les services assurés et du professionnel ayant demandé la consultation
3. Diagnostic principal et renseignements complémentaires, CS
4. Date et inscription des services rendus
5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus
6. Signature du chirurgien buccal traitant ou de son mandataire

Remarque : La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il doit figurer dans toute correspondance relative à cette dernière.

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

3.2.1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 7603 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		2 0 1 0 0 3		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		76 03 09 M		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE	
100, rue Fictive, Québec (Québec)		W 1 G 4 K 4		CODE POSTAL	
RUE		NOM DU DENTISTE		NOM DU DENTISTE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC 521.0		AUTORISATION NUMÉRO	
ETAT NORMAL V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR		C.S.	
CODE		ETABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				TOTAL	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE					

Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie :

- Le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- le nom de l'époux (facultatif);
- le numéro séquentiel de la carte;
- la date d'expiration de la carte d'assurance maladie (l'année d'expiration peut comporter 2 ou 4 chiffres);
- la date de naissance et le sexe de la personne assurée;
- l'adresse complète soit : le numéro civique et le nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.1.2 Prestataire d'une aide financière de dernier recours

DEMANDE DE Paiement - DENTISTE 1670-332-0339

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 7603 0918

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 4

DATE DE NAISSANCE 40 04 12 M ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION 201004

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec) CODE POSTAL W 1 G 4 K 4

ACTE DENT SURFAC RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CARTE DENTAIRE ☐ 521.0

ÉTAT NORMAL ☐ V90.9

AUTRE C.S.

AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE TOTAL

CODE ÉTABLISSEMENT DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

La section réservée à l'identité du prestataire comporte les cases suivantes :

- le numéro d'assurance maladie du prestataire;
- le prénom au complet et le nom de famille à la naissance;
- la date d'expiration de la carte d'assurance maladie (lorsque la carte d'assurance maladie est utilisée);
- la date de naissance et le sexe du prestataire;
- l'adresse complète soit : numéro civique, nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), nom de la ville ou du village et le code postal;
- le numéro et la date de l'autorisation lors de la facturation de prothèse acrylique dentaire (voir l'exemple du formulaire à l'annexe V, sous le présent onglet).

A- LE PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS PRÉSENTE SON CARNET DE RECLAMATION :

- inscrire sur la demande de paiement le numéro d'assurance maladie de la personne qui reçoit le service tel qu'il figure sur le carnet de réclamation;
- remplir de la façon habituelle les autres cases de la section Identité de la personne assurée.

B- LE PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RECLAMATION :

- le prestataire doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (section 3.4 du présent onglet) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS

3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 232 0339

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

ACTE DENT SURFACE RÔLE MOYEN UNITES HONORAIRES

ADRESSE CODE POSTAL

INIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

R UNTEL 2072056 12345

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTISTE

☐ S21.0

ÉTAT NORMAL

☐ V90.9

AUTRE C.S.

AUTORISATION NUMÉRO

DATE ANNÉE MOIS JOUR

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

Cette identité comporte les éléments suivants :

- INIT. : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU CHIRURGIEN BUCCAL : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres** est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un professionnel de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

Le chirurgien buccal qui désire obtenir un numéro de compte administratif individuel ou adhérer à un groupe existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe* (n° 3006). Il ne doit utiliser un numéro de compte administratif (individuel ou collectif) sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification du chirurgien buccal ne doit comporter aucune erreur.

3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 03 99

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION ANNÉE MOIS

ADRESSE CODE POSTAL

INIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR R. GÉNÉRALISTE SON NUMÉRO 207890

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CARTE DENTAIRE CODE DU DIAGNOSTIC 521.0 AUTOPRÉPARATION NUMÉRO

ÉTAT NORMAL V90.9 DATE ANNÉE MOIS JOUR

AUTRE G.S.

CODE ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODÉ UNITES HONORAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

Cette identité comporte les éléments suivants :

- l'initiale du prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (six chiffres) du médecin ou dentiste qui a demandé la consultation. Si ce dernier n'est pas connu, l'inscription du numéro à cinq chiffres, numéro attribué par la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou par l'Ordre des dentistes du Québec, précédé du chiffre «1» pour les médecins et du chiffre «2» pour les dentistes, sera accepté.

Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrire ses nom et prénom dans la case CONSULTATION DEMANDÉE PAR et dans la case SON NUMÉRO, le numéro 111111 s'il s'agit d'un médecin ou 211111 s'il s'agit d'un dentiste ou d'un spécialiste en chirurgie buccale.

3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 332 0369

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE CODE POSTAL

PROF. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC
CARIE DENTAIRE ☐ 521.0
ÉTAT NORMAL ☐ V90.9
AUTRE 5, 2, 0, 6, A, C.S.

AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

ACTE DENT SURFACE MOLE MODIF UNITES HONORAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

Cette section sert à inscrire le ou les diagnostics ainsi que tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile à l'appréciation de la demande de paiement.

3.2.3.1 Diagnostic principal

Inscrire le ou les diagnostics selon la codification ou la terminologie de la classification internationale des maladies, en se référant à l'onglet *Diagnostics*.

- 1) Si le diagnostic est « Carie dentaire 521.0 » ou « état normal V90.9 », inscrire un « X » dans la case appropriée.
- 2) Pour tout autre diagnostic, inscrire le code approprié dans la case *AUTRE* ou le nom du diagnostic principal, en le soulignant, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 3) S'il y a plusieurs diagnostics, inscrire le code du diagnostic principal dans la case appropriée ou le nom du diagnostic principal en le soulignant dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Les autres diagnostics doivent être inscrits par leur code ou leur nom, selon leur influence sur le pronostic et sur le traitement dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

3.2.3.2 Renseignements complémentaires

Tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement tel : séances différentes la même journée, relation entre les actes, etc.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire *Document complémentaire* (n° 1944); inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et joindre le document à la demande de paiement. Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

Remarque : Le numéro d'autorisation et la date de cette autorisation (année, mois, jour) doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin lors de la facturation de services de prothèse dentaire acrylique (confection, remplacement ou regarnissage).

3.2.3.3 Considération spéciale

Instructions

Inscrire la ou les lettres appropriée(s) dans la case C.S., lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'**annexe III**, sous le présent onglet, sont rencontrées.

Lettre A et règle d'application 1.2 c) :

Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **A** » dans les circonstances sans incidence monétaire et de la lettre « **N** » dans le cas de la règle d'application **1.2 C** doivent être fournis dans la section *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (n° 1944). Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamaisagrafer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

Règle d'application 1.2 a) et b) :

Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **N** » dans les cas relatifs à la règle d'application 1.2 a) et b) doivent être fournis en utilisant le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (n° 1944). Ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamaisagrafer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

Abandon du traitement d'une prothèse acrylique

Inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S., les honoraires demandés et les renseignements appropriés (ex. : la raison de l'abandon, les frais de laboratoire engagés, la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale) dans la section *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (n° 1944). Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamaisagrafer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet. Utiliser les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Remplacement d'une prothèse faisant suite à une chirurgie buccale

Inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse à la suite d'une **chirurgie buccale** (voir : *Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*).

Demandes de paiement accompagnées d'un cliché radiologique

Agrafez le cliché sur le document complémentaire dûment rempli. Selon le cas, inscrire la lettre « **A** » ou la lettre « **N** » dans la case C.S. de la demande de paiement et joindre à cette dernière le document complémentaire à l'aide d'un trombone.

Refacturation

Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section 4.5 sous l'onglet *Paiement à l'acte - Messages explicatifs*.

3.2.4 SERVICES

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1 4 0 4 0 1

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RESIDENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION MOIS
ADRESSE CODE POSTAL

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITÉS HONORAIRES
3 9 9 1 0 1 0 6 6 41 66
3 9 9 1 0 1 0 9 9 55 55

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
MODIF. 066 et 018

CODE DU DIAGNOSTIC
CARTES DENTAIRES
521.0
ÉTAT NORMAL
V90.9
AUTRE C.S.

AUTORISATION NUMÉRO

ÉTABLISSEMENT
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

97 21
TOTAL

SPÉCIMEN

Les actes pour lesquels le chirurgien buccal demande des honoraires figurent dans cette section.

3.2.4.1 La date des services :

Inscrire la date (six chiffres) soit l'année, le mois et le jour.

Remarque : Utiliser une demande de paiement pour chaque date de service. Dans les cas de fabrication initiale, de remplacement ou de réparation de prothèses acryliques dentaires, inscrire la date de la **mise en bouche**.

3.2.4.2 Inscription des services :

Un maximum de huit codes d'acte par demande de paiement peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants, **s'il y a lieu** :

- **Code de l'acte (cinq chiffres)** : correspondant à la nomenclature des actes sous l'onglet *Règles d'application du tarif*;
- **Numéro de la dent (deux chiffres)** : la numérotation des dents figure à l'annexe VI;
- **Numéro de la surface (deux chiffres)** : Voir la règle d'application 3.10;
- **Rôle (un chiffre)** : approprié à chacun des actes réclamés, la liste des rôles figure à l'annexe I de la présente section;
- **Modificateur (MODIF. : trois chiffres)** : la liste des modificateurs figure à l'annexe II de la présente section;
- **Unités (deux chiffres)** : nombre d'unités
- **Honoraires** : correspondant au code d'acte, compte tenu du modificateur et des unités;

Remarque : Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Aucun autre code d'acte ne doit y être facturé.

- **Total des honoraires** : inscrire dans la case *TOTAL*, la somme des honoraires figurant dans les cases *HONORAIRES*.

Les honoraires d'une demande de paiement ne peuvent être reportés sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

Remarque : Si un seul **code d'acte** est réclamé, l'inscrire sur la **première ligne**.

Ne rien inscrire dans les cases *DENT*, *SURFACE*, *MODIF.* et *UNITÉS* s'il n'y a pas de numéro de dent, de surface, de modificateur ou d'unités applicables.

S'il y a plus de huit codes d'acte, rédiger une autre demande de paiement.

Si plus d'un modificateur s'applique simultanément pour un même acte :

- inscrire le modificateur 099 dans la case *MODIF.*;
- calculer les honoraires selon les règles d'application qui motivent l'utilisation de ces modificateurs;
- indiquer les modificateurs visés dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR SEXE		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		CODE POSTAL		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
NIT		NOM DU DENTISTE		ACTE DENT SURFACE PÔLE MODIF UNITÉS HONORAIRES	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		5 1 1 2 0 956'25	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Nouvelle prothèse (100 %) et remplacement suite à un bris (50 %)		ÉTAT NORMAL ☐ 521.0		DATE ANNÉE MOIS JOUR	
		AUTRE ☐ V90.9		C.S. R	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		AL CENTRE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
DATE DE SORTIE		TOTAL		956'25	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE					

Dans les cas suivants :

- **2 nouvelles prothèses ou remplacement de prothèses après 8 ans;**

Pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants **pour les services de même nature** :

51120, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
52260, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

Pour la facturation **d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle**, utiliser les codes **51100 avec 52250 ou 51110 avec 52240**.

- **1 remplacement et une nouvelle prothèse;**

Dans le cas où l'une des prothèses est remplacée à la suite d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, le **code 51120 ou 52260 doit être utilisé**. Inscrive la lettre « **R** » dans la case C.S. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'**original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

MÉTHODE DE CALCUL (un remplacement et une nouvelle prothèse)

Le code d'acte 51120 ou le code d'acte 52260 représente 2 prothèses.

Afin de connaître la valeur unitaire, vous devez utiliser le montant réel de l'acte divisé par 2.

Exemple : 51120 = 1 275,00 \$ divisé par 2 = 637,50 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 637,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 637,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 637,50 \$ divisé par 2 = 318,75 \$.

Si une prothèse est remplacée à la suite d'une perte ou d'un bris :

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	637,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 318,75 \$
TOTAL du code d'acte 51120	956,25 \$

Le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif.

3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1 4 0 4 0 1

ACTE DENT SURFACE POLY MODIF UNITES HONORAIRES
5 1 1 0 0 358.50

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 202 03/99

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION
ADRESSE CODE POSTAL
RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE
CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Bris
CODE DU DIAGNOSTIC
CARIE DENTAIRE 521.0
ÉTAT NORMAL V90.9
AUTRE C.S. R
ÉTABLISSEMENT
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE
TOTAL 358.50

SPÉCIMEN

Le remplacement d'une prothèse à l'intérieur d'une période de huit ans est payable à 50 % du tarif prévu.

Instruction de facturation

- **Inscrire** la lettre « R » dans la case C.S.
- **Préciser** dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
- **Indiquer** la date de la mise en bouche de la prothèse.
- **Facturer** les honoraires à **50 % du tarif**.
- Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. **L'original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

Remarque : La date de service correspond à la date de la **mise en bouche** de la prothèse dentaire.

3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1 4 0 4 0 1

ACTE DENT SURFACE NLS MODI UNITES HONORAIRES
5 1 1 2 1 956 25

SPÉCIMEN

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 232 0369

PRENOM ET NOM
A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO
SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC
CARTE DENTAIRE
521.0

ÉTAT NORMAL
V90.9

AUTRE C.S. A R

DATE ANNÉE MOIS JOUR

ÉTABLISSEMENT
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

IL CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 956 25

Dans les cas suivants :

- **2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale**

Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52251, 51111 avec 52241, 51110 avec 52241.

- **1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse**

Pour la facturation d'un remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse ou pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants :

51121, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
52261, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

- **2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale**

À la suite d'une chirurgie buccale, si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, le **code 51121 ou 52261 doit être utilisé**. Inscrire les lettres « **A** » et « **R** » dans la case C.S. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. L'**original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

MÉTHODE DE CALCUL

Le code d'acte 51121 ou le code d'acte 52261 représente 2 prothèses.

Afin de connaître la valeur unitaire, vous devez utiliser le montant réel de l'acte divisé par 2.

Exemple : $51121 = 1\,275,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 637,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 637,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 637,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $637,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 318,75 \$$.

Si une prothèse est remplacée à la suite d'une perte ou d'un bris :

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	637,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+318,75 \$
TOTAL du code d'acte 51121	956,25 \$

Le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif.

3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION

ADRESSE CODE POSTAL

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITÉS HONORAIRES

5 1 1 0 1 717.00

SPÉCIMEN

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Remplacement, suite à une chirurgie buccale. Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.

CODE DU DIAGNOSTIC

DATE D'ENTRÉE

ÉTAT NORMAL

ÉTAT V90.9

ALTR

C.S. A

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

717.00 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

Inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse suite à une **chirurgie buccale**.

Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. L'**original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (Lettre Q)

La lettre « **Q** » permet au chirurgien buccal qui doit facturer, sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plus d'une fois à une personne assurée **au cours de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement, donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre « **Q** » doit être inscrite sur la **deuxième** demande de paiement, et toute demande subséquente, nécessaire pour facturer la répétition du service concerné.

1^{re} demande de paiement

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRENOM ET NOM
À LA NAISSANCE

NOM DE L'ÉPOUX OU NO
REQUÉRIENT DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ANNEE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION

ANNEE MOIS JOUR

ADRESSE

CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTISTE

NUMÉRO

1 ORDRE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

CARTE DENTURE

☐ S21.0

☐ V90.9

ÉTAT NORMAL

DATE

ANNEE MOIS JOUR

AUTRE

C.S.

Régie de l'assurance maladie
Québec

DATE DES SERVICES
MOIS JOUR

1 4 0 4 0 1

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	ROLL	MODUL	UNITES	HONORAIRES
7 4 4 5 6			1			580:35
7 7 4 1 1			1	0 5 0		375:73
7 7 1 2 1			1	0 5 0		423:38
7 7 1 2 1			1	0 5 0		423:38
7 7 4 5 2			1	0 5 0		277:30
0 1 1 3 0			1			58:25
7 1 4 0 1 1 3			1			83:75
7 1 4 1 1 2 4			1			58:75

2 280:89

TOTAL

LE CENTRE AVANT FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

2^e demande de paiement

[illegible]

3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de
l'assurance maladie
Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille du chirurgien buccal ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : numéro d'inscription du chirurgien buccal;
- 3- **Numéro du groupe** : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu;
- 4- **Numéro de la demande de paiement** : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées;
- 5- **Nom de la personne assurée** : prénom usuel et nom de famille à la naissance;
- 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie;
- 7- **Date du service** : date où les services ont été rendus;
- 8- **Dans cette partie du formulaire** : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le chirurgien buccal ou son mandataire.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement, ou demande de révision ou d'explications. Il doit servir uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint à l'aide d'un trombone (ne jamaisagrafer).

3.2.5 IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1070 252 0339

PRÉNOM ET NOM
À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO
SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE CODE POSTAL

BIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC
CARTE DENTAIRE
521.0
ÉTAT NORMAL
V90.9
AUTRE C.S.

AUTORISATION
NUMÉRO
DATE ANNÉE MOIS JOUR

ACTE DENT SURFACE MOLE MOOP UNITES HONORAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

CODE 0 2 4 3 3
ÉTABLISSEMENT
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR 0 9 1 0 3 0
DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR 0 9 1 1 0 1

Lorsque les services sont rendus dans un établissement, cette section doit comporter les renseignements suivants :

- dans la case **CODE**, inscrire le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, **ne pas utiliser le numéro relatif à une clinique externe**;
- la date d'entrée (année, mois et jour) de la personne assurée, si elle est admise;
- la date de sortie (année, mois et jour) de la personne assurée, s'il y a lieu;

Remarque : Des numéros d'établissements spécifiques identifient les différents types d'établissements ou de secteurs à l'intérieur d'un même établissement. Pour déterminer le numéro à inscrire, voir l'annexe V du présent onglet.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le numéro de la clinique externe.

3.2.6 FACTURATION DES SOINS D'URGENCE (HONORAIRES MAJORÉS)

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION

ADRESSE CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTURE

ETAT NORMAL ☐ 521.0

ALTRE ☐ V90.9

AUTRE C.S.

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES

7 6 5 0 4 1 0 1 9 334.00

7 6 9 3 0 1 0 8 4 147.82

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

481.82 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 282 0399

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

0 x x x x 3

Les actes, pour lesquels le chirurgien buccal demande des honoraires majorés pour des soins d'urgence, se facturent avec le modificateur approprié.

1. L'heure du début du service rendu détermine le modificateur.
2. Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
3. Dans tous les cas, il faut inscrire le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, en référence à la règle d'application 2.0.
4. Dans le cas d'un congé férié survenu le week-end, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

(MODIF=018) :

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration du 1/3)

(MODIF=017) :

NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de la 1/2)

(MODIF=019) :

WEEK-END, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 7 heures à minuit (majoration du 1/3)

Remarque : Si un modificateur autre que 017, 018 ou 019 s'applique simultanément pour un même acte :

- inscrire le **modificateur 099** dans la case **MODIF**;
- calculer les honoraires selon les règles d'application qui motivent l'utilisation de ces modificateurs;
- indiquer les modificateurs visés dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

3.2.7 FACTURATION DU FORFAIT DE L'URGENCE

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1 3 1 0 0 1

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODR UNITES HONORAIRES
9 4 4 0 1 1 100/45

SPÉCIMEN

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 232 03/99

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION
ADRESSE CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Appel du Dr. A. Untel
2 h 10

CODE DU DIAGNOSTIC
CARE DENTAIRE ☐ 521.0
ÉTAT NORMAL ☐ V90.9
AUTRE C.S.

AUTORISATION NUMÉRO
DATE ANNÉE MOIS JOUR

ÉTABLISSEMENT
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

CODE 0 x x x x 3

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 100/45

Le chirurgien buccal réclame le forfait de l'urgence sous le code d'acte 94401, 94402 ou 94403 pour l'ensemble des soins donnés pendant le temps passé au centre hospitalier.

1. L'heure du début du service rendu ainsi que le temps de travail (week-end, jour férié, jour de semaine) déterminent le code d'acte.
2. Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
3. Dans tous les cas, il faut inscrire le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
4. Dans le cas d'un congé férié survenu le week-end, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
5. Aucun modificateur utilisé pour les soins d'urgence n'est applicable aux codes d'acte du forfait de l'urgence.
6. Aucun autre service ne peut être réclaté puisque le forfait de l'urgence est un honoraire global comprenant tous les soins donnés pendant le temps passé au centre hospitalier.

0000 NUMÉRO ASSURANCE MALADIE BENP 7903 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
Pierre Bénéficiaire		DATE DES SERVICES 1 3 1 0 0 1	
PHÉNUMÉRIQUE 79 03 09 M		DATE DE LA NAISSANCE 2 0 1 0 0 3	
DATE DE LA NAISSANCE 79 03 09 M		EXPIRATION 1 3 1 0 0 1	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODE POSTAL W 1 C 4 K 8	
NET 100, rue du DENTISTE		NUMÉRO 9 4 5 2 0	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		GROUPES 9 3 2 3 0	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC 521.0	
ÉTAT NORMAL V90.9		AUTRIS C.S.	
ÉTABLISSEMENT 0 x x x x 3		DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		113:70 TOTAL	

1. Identifier l'une des personnes assurées ayant reçu des soins.
2. Identifier les services reçus.
3. Inscrire les unités correspondant au nombre de kilomètres parcourus dans un sens seulement, du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Remarque : Dans le cas où il s'agit d'un déplacement de 100 kilomètres et plus, inscrire 99 dans la case *UNITÉS* et le nombre de kilomètres réels parcourus dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Calculer ensuite les honoraires selon le déplacement réel tel que mentionné au point 3.

- # 4. Calculer les honoraires; ceux-ci correspondent au nombre de kilomètres parcourus multiplié par 0,86 \$.
5. Dans la case *CODE* de la section *ÉTABLISSEMENT*, inscrire le numéro du centre hospitalier de soins de courte durée ayant fait appel au chirurgien buccal comme consultant.

3.2.9 SIGNATURE DU CHIRURGIEN BUCCAL OU DE SON MANDATAIRE

0000 NOMBRE D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DEMANDE DE Paiement - DENTISTE 1670 282 0399

PRENOM ET NOM ALA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

EXPANSION

ADRESSE CODE POSTAL

ACTE DENT SURFACE POLY MODIF UNITES HONORAIRES

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

INT. NOM DU DENTISTE NUMERO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMERO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

CARTE DENTURE ☐ 521.0 ☐ 521.9

ETAT NORMAL ☐ 521.9

AUTRE C.S.

AUTORISATION NUMERO

DATE ANNÉE MOIS JOUR

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

R. Hntel

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

ETABLISSEMENT

CODE DATE D'ENTREE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le chirurgien buccal qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec le paragraphe 1 de l'article 10 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la *Loi sur l'assurance maladie*. Le chirurgien buccal peut obtenir de la Régie les formules prévues à cette fin.

Remarque : Les estampes, l'écriture en lettres moulées ainsi que les initiales ne sont pas acceptées pour la signature.

3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du chirurgien buccal et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie. Les demandes de paiement en format continu doivent être détachées l'une de l'autre avant l'envoi.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes spécialement fournies à cette fin ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement. Les envoyer pas plus d'une fois par semaine mais au moins une fois par mois.

Toujours vous assurer que vos envois sont suffisamment affranchis et ne pas oublier vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Seules les demandes de paiement et les documents complémentaires s'y rapportant doivent être adressés à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (formulaire n° 2076)

0000

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRENOM ET NOM DE LA GUERISON
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO
REQUÉRENT DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE

MOIS

JOUR

SEXE

EXPIRATION

ALTIÉRIS

CODE POSTAL

INT

NOM DU DENTISTE

NUMÉRO

GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC
NOMBRE

521.0

ÉTAT NORMAT

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

AUTRE

C.S.

CODE

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE

ANNÉE

MOIS

JOUR

DATE DE SORTIE

ANNÉE

MOIS

JOUR

DATE DES SERVICES
ANNÉE

MOIS

JOUR

A L'USAGE DE LA RÉGIE

ACTE

BENT

BRANC

TELI

MOBT

UNITES

HONORAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré*.

1) Vérifiez que le dentiste a bien signé la partie du haut et qu'il a
lablement inscrit les renseignements requis.

3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.

4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans
l'enveloppe-réponse fournie par le dentiste.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'envoyer la demande de remboursement à la Régie.

• Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée,
mais vous ne l'avez pas présentée :

Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par
le dentiste.

• Vous détenez un carnet de réclamation valide,
mais vous ne l'avez pas présenté :

• Vous n'avez jamais demandé de carte
d'assurance maladie :

Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.
Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie
sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.

• Votre carte d'assurance maladie est expirée :

Si ce n'est déjà fait, communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.
Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie
sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.

• Votre carte d'assurance maladie a été perdue
ou volée :

Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur.
Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée

Adresse pour l'envoi du chèque

NOM

PRÉNOM

NUMÉRO

RUE

APP.

VILLE

PROVINCE

Q u é b e c

CODE POSTAL

☐ MÈME ☐ PERSONNE RESPONSABLE ☐ INSTITUTION RESPONSABLE

NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE

NUMÉRO

RUE

APP.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

Signature de la personne assurée

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

Je certifie que les renseignements ci-dessus
sont exacts et je réclame le remboursement des
services mentionnés.

☒ X

Si vous faites la demande pour
une autre personne que vous,
indiquez à quel titre vous la faites :

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

MÈRE

PÈRE

AUTRE :

TELEPHONE AU DOMICILE
IND. REGIONAL

TELEPHONE AU TRAVAIL
IND. REGIONAL

2076 292 07/04

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

24

MAJ 28 / mars 2014 / 99

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (formulaire n° 2076) (suite)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), le dentiste doit remplir un formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* lorsque celle-ci n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte était expirée. Il en est de même lorsque le bénéficiaire d'une prestation spéciale pour les services dentaires n'a pas présenté son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation était expiré.

Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au dentiste, celui-ci doit :

- Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie qui sera inscrit par la personne assurée).
Le dentiste doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (7 chiffres) de même que le diagnostic, lequel peut être inscrit en clair ou codé (voir l'onglet « Diagnostics » du manuel des dentistes).
- Remettre à la personne assurée :**
 - l'exemplaire de la Régie;
 - la copie de la personne assurée;
 - une enveloppe-réponse.
- Conserver la copie du dentiste** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).
Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».

Rappel
Le dentiste peut, dans les cas ci-dessous, présenter une demande de paiement à la Régie même si la personne assurée ne présente pas sa carte (art. 22 de la Loi sur l'assurance maladie) ou son carnet de réclamation. La personne assurée :

- est âgée de moins d'un an;
- requiert des soins urgents;
- est hospitalisée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y avoir des soins prolongés;
- rencontre des circonstances prévues au règlement.

Vous pouvez communiquer avec la Régie :

Par téléphone Québec : 418 646-4636 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749 www.ramq.gouv.qc.ca	Par ATS : Appareil de télécommunication pour personnes sourdes) Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939	Par la poste : Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3
--	---	---

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

- faire payer à la personne les services rendus selon le tarif et les codes d'acte prévus au *Manuel des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale* publié par la Régie (onglet 5. *Règles d'application du tarif*);
- remplir la partie du haut selon les indications mentionnées au guide de rédaction du formulaire n° 2076.

3.5 ANNEXES

- Annexe I = Liste des rôles
- Annexe II = Liste des modificateurs
- Annexe III = Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification
- Annexe IV = Formulaire d'autorisation de prothèse dentaire acrylique
- Annexe V = Numéro d'établissement
- Annexe VI = Numérotation des dents

ANNEXE I : LISTE DES RÔLES

- RÔLE 1 : Chirurgien buccal responsable de l'acte.
- RÔLE 4 : Chirurgien buccal assistant.

ANNEXE II : LISTE DES MODIFICATEURS

Le modificateur approprié doit être inscrit en regard de l'acte auquel il s'applique.

RÈGLE GÉNÉRALE

MODIF=

RÈGLE D'APPLICATION 1.4

Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à 66 2/3 % du tarif établi **066**

RÈGLE D'APPLICATION 1.4.2

Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à 54 % du tarif établi **054**

RÈGLE D'APPLICATION 2.0

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre minuit et 7 heures **017**

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 heures et minuit **018**

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés **019**

CHIRURGIE

RÈGLE D'APPLICATION 5.4

Lorsqu'au cours d'une séance, plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une personne assurée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial, ces actes sont rémunérés à raison de 100 % du tarif établi pour le premier acte ou pour l'acte le plus tarifé et de 50 % du tarif établi pour chacun des autres actes. Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux actes d'ablation simple de dent, d'ablation simple de racine dentaire, de prise de greffons osseux ou graisseux et de mise en place et ablation de fixation inter-maxillaire ou d'attelle pré-prothétique. **050**

RÈGLE D'APPLICATION 5.6

Si une nouvelle intervention n'est pas reliée à une première ou n'en résulte pas, la rémunération est fixée à 100 % **010**

Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 % **048**

RÈGLE D'APPLICATION 5.8

Lorsqu'en raison de la nature de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le chirurgien buccal requiert l'assistance d'un autre chirurgien buccal ou d'un dentiste, la rémunération de ce dernier est fixée à 25 % du tarif établi pour l'acte le mieux rémunéré et à 12,5 % du tarif établi pour les autres actes **050**

RÈGLE D'APPLICATION 5.28

La prestation pour la mise en place de plus d'une plaque de reconstruction dans une même séance correspond à 100 % du tarif fixé pour la première plaque de reconstruction et à 50 % pour la ou les suivantes.

045

AUTRES SITUATIONS

Sites anatomiques différents
(Le modificateur 093 s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés)

093

Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte et qu'aucun modificateur multiple ne s'applique
(Inscrire les modificateurs visés dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*)

099

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019 - 050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 084) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,6666)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
017 - 045	600	0,7500
017 - 045 - 093	344	0,7500
017 - 050	088	0,7500
017 - 093	617	1,5000
017 - 093 - 050	341	0,7500
018 - 045	601	0,6666
018 - 045 - 093	345	0,6666
018 - 050	082	0,6666
018 - 093	618	1,3333
018 - 093 - 050	342	0,6666
019 - 045	602	0,6666
019 - 045 - 093	346	0,6666
019 - 050	084	0,6666
019 - 093	619	1,3333
019 - 093 - 050	343	0,6666
093 - 045	631	0,5000
093 - 050	086	0,5000

ANNEXE III :

LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION :

A : - Renseignements complémentaires ou document afférent, sans incidence monétaire.

- Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale.
(réf. : *Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7*).

Remarque : Préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse à la suite d'une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

B : - Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C : - Enfant âgé de moins d'un an et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie.

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

Remarque : Si le service est rendu au bureau du chirurgien buccal, inscrire le numéro de l'établissement où la personne assurée est admise dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation et admis dans un centre d'accueil ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés.

D : - Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la date de fin de la période de validité.
- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents pour qui les services suivants et leur examen préalable ne sont pas assujettis au délai de carence :
 - ablation de dent ou de racine;
 - ouverture de la chambre pulpaire;
 - incision ou drainage d'un abcès;
 - alvéolite;
 - contrôle d'hémorragie;
 - réparation d'une laceration de tissu mou;
 - réduction d'une fracture alvéolaire;
 - immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
 - réimplantation d'une dent complètement exfoliée.

J : - Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

N : - Pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au taux déjà fixé pour cet acte.

- Pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré.
- Pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

Remarque : Voir la règle d'application 1.2.

- Personne assurée (prestataire d'une aide financière de dernier recours) ne se présente pas pour la mise en bouche d'une prothèse dentaire acrylique.

Remarque : Préciser la situation dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Q : - Indicateur précisant que le **même service** est **rendu plus d'une fois le même jour** à une personne assurée et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes, s'il y a lieu (voir instructions de facturation, section 3.2.4.7).

R : - Remplacement d'une prothèse complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans, dans les cas de perte ou de bris irréparable; l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.

Remarque : Voir les sections 3.2.4.4 à 3.2.4.5 du présent onglet

- **Préciser** dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
- **Facturer** les honoraires à 50 % du tarif.

Remarque : Lorsque le remplacement d'une prothèse fait suite à une **chirurgie buccale**, **référer à la lettre « A »**.

ANNEXE IV : FORMULAIRE DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES



Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire

Numéro d'autorisation ▶

Numéro de dossier (CP-12)

Centre local d'emploi

Téléphone :

SPÉCIMEN

Notes – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.
– Lorsque le formulaire est imprimé électroniquement le nom de l'agent responsable de l'autorisation s'inscrit en caractères d'imprimerie.

Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout d'une structure.
La présentation du carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) permet d'obtenir le service.

Demande du prestataire

Je demande au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale l'aide qui peut m'être accordée afin d'obtenir du dentiste ou du denturologiste de mon choix, le ou les services décrits ci-dessous :

☐ pour moi-même **ou**☐ pour un membre de ma famille : _____

(Indiquez le nom.)

La prestation spéciale demandée est :

☐ Une prothèse initiale ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût d'achat a été assumé par le Ministère** et en usage depuis plus de huit ans ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût n'a pas été assumé par le Ministère**.

☐ Remplacement à la suite d'une chirurgie buccale (sur recommandation écrite d'un chirurgien buccal ou d'un dentiste)

☐ Remplacement à la suite d'une perte ou d'un bris

▶ En cas de perte ou de bris irréparable, le coût de ce remplacement sera assumé par le Ministère jusqu'à concurrence de la moitié du tarif prévu.
Il est à noter que la différence sera payée par le prestataire.

Le service demandé est :

☐ UNE PROTHÈSE COMPLÈTE

☐ UNE PROTHÈSE PARTIELLE

☐ UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES

Supérieure

☐

Inférieure

☐

Les deux

☐☐☐☐☐

Je fais cette déclaration sachant qu'une fausse déclaration m'obligerait à rembourser le coût total de l'aide qui m'aurait été versée.

Date

Signature du prestataire

Note – Si vous prévoyez ne pas utiliser cette autorisation ou si trente jours se sont écoulés depuis que vous l'avez obtenue, vous êtes prié de ne pas la détruire et de la retourner à votre centre local d'emploi.

Autorisation du centre local d'emploi

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale autorise le ou les services dentaires mentionnés ci-dessus, conformément aux conditions inscrites au verso. Aucune substitution n'est permise.

Remarques : _____

SERVICES PAYABLES À 50 % DU TARIF PRÉVU (remplacement pour une perte ou un bris irréparable) ☐ Supérieure ☐ Inférieure

IMPORTANT :

Le prestataire n'a que **trente jours** à compter de la date indiquée ci-contre pour présenter cette autorisation à un fournisseur. De plus, son carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) doit être valide.

Date d'émission de l'autorisation

Agent responsable de l'autorisation

Réservé au Ministère

Transaction		Faite		Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille		Numéro d'assurance maladie du membre de la famille			
A S P D									
Type		Codes de besoin		Supérieure		Inférieure		Les deux	
A - Annulation				Confection, remplacement, bris ou perte		Confection, remplacement, bris ou perte		Confection, remplacement, bris ou perte	
R - Remplacement				Chirurgie buccale		Chirurgie buccale		Chirurgie buccale	
E - Émission									
NUMÉRO D'AUTORISATION				Prothèse complète		51100 51101 51110 51111		51120 51121 51122	
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS				Prothèse partielle		52240 52241 52250 52251		52260 52261	
				Regarnissage		56100 — 56101		— —	

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (10-2012)

ANNEXE IV : (suite)
VERSO DU FORMULAIRE**Conditions de paiement**

L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale est sujette aux conditions suivantes :

1. – L'achat, le regarnissage et le remplacement de prothèse dentaires nécessitent une présence de 24 mois consécutifs à l'aide;
 - le remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle par maxillaire est autorisé par période de huit ans, à compter du moment où elle est mise en bouche*;
 - le coût du regarnissage n'est autorisé que s'il s'est écoulé au moins trois mois depuis l'obtention d'une prothèse dentaire et pas plus d'une fois tous les cinq ans*.

***LE DÉLAI DE CINQ OU DE HUIT ANS EST CALCULÉ À PARTIR DU DERNIER SERVICE RENDU DE MÊME TYPE.**

2. Tarifs des prothèses dentaires acryliques

- **Les tarifs** sont ceux prévus à l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

Notes – Le dentiste ou le denturologiste ne doit pas exiger de supplément aux tarifs indiqués pour les services fournis.

- **Ces tarifs comprennent trois visites de contrôle lorsqu'elles sont nécessaires.**

3. Le dentiste ou le denturologiste doit s'assurer que le remplacement d'une prothèse résultant d'un bris irréparable est justifié.
4. Le denturologiste qui fournit une prothèse doit être signataire d'une entente individuelle avec la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les services dentaires fournis en vertu du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles.
5. La demande de paiement présentée à la Régie de l'assurance maladie du Québec doit être remplie conformément aux exigences de cette dernière.

ANNEXE V : NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I Le numéro d'établissement qui comprend généralement cinq chiffres, se compose comme suit :

- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement;
- Les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement;
- Le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement.

II Système de codification des établissements :

A- ÉTABLISSEMENTS AU SENS DE LA « LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX »

Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés :	0XXX0	Unité de soins palliatifs, dépt. toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, hôpital de jour, moyen séjour, etc.
	0XXX1	Clinique externe
	0XXX2	Unité de soins gériatriques
	0XXX3	Unité de soins généraux et spécialisés
	0XXX4	Unité de soins de longue durée
	0XXX5	Section hébergement
	0XXX6	Unité de soins coronariens ou de soins intensifs
	0XXX7	Clinique d'urgence
	0XXX8	Département de psychiatrie
Centres d'hébergement et de soins de longue durée :	0XXX4	CHSLD, section chronique
	1XXX5	Hébergement public
	2XXX5	Hébergement privé
Centres de réadaptation :	1XXX3	Centre de réadaptation physique
	4XXX9	Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation
Centres locaux de services communautaires :	9XXX2	CLSC
	8XXX5	Point de service de certains CLSC

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

Centres hospitaliers :	0XXX9	Hors province
Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
# Agences de la santé et des services sociaux :	94XX9	ASSS
Cliniques privées :	51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire

ANNEXE VI :
DENT SURNUMÉRAIRE

Toute dent ne correspondant pas au tableau ci-haut, selon le nombre, est, lors d'une même intervention, numérotée comme suit : 01 pour la première, 02 pour la seconde et ainsi de suite.

NUMÉROTATION DES DENTS	
Dents primaires	
MAXILLAIRE	
(supérieur droit) <u>55 54 53 52 51</u> 85 84 83 82 81 (inférieur droit)	(supérieur gauche) <u>61 62 63 64 65</u> 71 72 73 74 75 (inférieur gauche)
INCISIVES centrales 51, 61, 71, 81	
INCISIVES latérales 52, 62, 72, 82	dents antérieures
CANINES 53, 63, 73, 83	
MOLAIRES 54, 64, 74, 84 55, 65, 75, 85	dents postérieures
Dents permanentes	
MAXILLAIRE	
(supérieur droit) <u>18 17 16 15 14 13 12 11</u> 48 47 46 45 44 43 42 41 (inférieur droit)	(supérieur gauche) <u>21 22 23 24 25 26 27 28</u> 31 32 33 34 35 36 37 38 (inférieur gauche)
INCISIVES centrales 11, 21, 31, 41	
INCISIVES latérales 12, 22, 32, 42	dents antérieures
CANINES 13, 23, 33, 43	
PRÉ-MOLAIRES 14, 24, 34, 44 15, 25, 35, 45	
MOLAIRES 16, 26, 36, 46 17, 27, 37, 47 18, 28, 38, 48	dents postérieures

ANNEXE VII :

LISTE DES CLINIQUES PRIVÉES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Code d'établissement	Clinique
51332	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal (Québec) H3P 2V9
51302	Clinique d'anesthésie de Montréal 6863, des Angevins Anjou (Québec) H1K 3R4
51402	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon Est, bureau 200 Saint-Léonard (Québec) H1S 1N1

ANNEXE VIII :

*LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN
ANNUEL DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES (règle 2.3)*

Établissement	Numéro d'établissement
Hôpital Notre-Dame du CHUM	0020X
Hôpital général de Montréal	0018X
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	0011X
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0015X
Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)	0204X
CHU de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont	0116X
Hôpital de Chicoutimi	0247X
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie	0183X
Hôpital de Gatineau	0769X
Hôpital régional de Rimouski	0334X
Hôpital Charles-LeMoyne	0095X
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	0044X
# Hôpital de Montréal pour enfants	0017X
# Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	0034X

4. PAIEMENT À L'ACTE

Le chirurgien buccal, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé.

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement se fait toutes les 2 semaines sous forme de chèque ou de virement bancaire (*dépôt direct*) à l'ordre du chirurgien buccal traitant ou d'un tiers autorisé par ce chirurgien buccal à recevoir paiement.
- # Le virement (*dépôt*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les 45 jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, notamment en télécommunication, des rapports d'erreurs de facturation sont disponibles dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

- a) les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire;
- b) les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes.

L'agence n'a donc pas à attendre la réception des états de compte pour pouvoir refacturer des demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, puisque ces erreurs sont rapportées à l'agence, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

Le RAPPORT D'ERREURS est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée destiné aux agences de traitement de données, publié par la Régie.

Sur les états de compte, les erreurs de type « forme et contenu » paraissent avec le code de message explicatif 907 (voir 4.9).

4.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de
l'assurance maladie
Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				20AA-06-30 (T)	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉVALUÉ	N° DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-06-20 (P)	001 002
UNTEL ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 C	20AA-07-11	OR-28	

1

2

3

4

5

6

7

8

DOCTEUR ROBERT UNTEL
143, RUE FICTIVE
QUÉBEC QUÉBEC
G1N 5C9

9

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:
Québec:.....418 643-8210
Montréal:.....514 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX

PAIEMENTS ET RETENUES

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)

SPÉCIMEN

VOIR AU VERSO

OR341 - 4702 092007

4.4.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de paiement ou de demandes de remboursement payées à la personne assurée.

4.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et sommaire)

1. NOM : Nom et prénom du chirurgien buccal.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du spécialiste en chirurgie buccale ainsi que le chiffre preuve.
3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro du compte administratif du spécialiste en chirurgie buccale, s'il y a lieu.
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, c'est la lettre « V ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La forme de réception est indiquée comme suit : la lettre « P » (papier) et « T » (Internet ou télécommunication).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGE : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le professionnel pour l'envoi de ses états de compte. Ce dernier renseignement figure à la partie inférieure gauche de l'état de compte.

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paielements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

Déductions cumulatives (cotisation ASCBMFQ)

Description des codes de transactions (TRA)

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

N° DU CHÈQUE OU VIREMENT

DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

UNTEL

ROBERT

0-00000-0

0000

000000000 C

20AA-07-11

DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU

N° DU PAIEMENT

PAGE

20AA-06-30 (T)

002

20AA-06-20 (P)

OR-28

002

N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PÉRI. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PÉRI. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PÉRI. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a	6a															
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																				
SPÉCIMEN																				
REMARQUE:																				
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE																				
FIN DU RELEVÉ																				

OR341 - 4702 0802007

4.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 6a)

- 1a. NO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- 2a. DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : A0401 i.e. A pour l'année, 04 pour avril et 01 pour le quantième.
- 3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom.
- 5a. CODE : Numéro référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.7) et à un message explicatif approprié (EXPL) (voir 4.9).
- 6a. MONTANT PAYÉ : Montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie un remboursement des honoraires que vous lui avez réclamés, parce qu'elle n'a pu vous fournir la preuve de son inscription à la Régie (carte d'assurance maladie) ou le carnet de réclamation (prestataire d'une aide financière de dernier recours), ou parce que vous êtes un professionnel désengagé.

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir 4). Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment complétées sont évaluées par la Régie.

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le chirurgien buccal. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction (TRA) 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction (TRA) 02, 10 ou 22 (voir 4.7) et d'un code de message explicatif approprié (voir 4.9).

Le spécialiste en chirurgie buccale qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision**. (voir 4.5.4b et 4.5.5)

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction (TRA) 02, 10, 11 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir 4.9). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale. Si cette correction ou cette modification correspond à la description d'un des modificateurs de l'Annexe II sous l'onglet *Rémunération à l'acte*, inscrire le modificateur dans la case appropriée de la demande de paiement refacturée.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction (TRA) 03, 05 ou 20 (voir 4.7) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

4.5.5 Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) et expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Remarque : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de l'autorisation** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de **prothèse(s) dentaire(s) acrylique(s).**

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée. Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction (TRA) 04 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir 4.9).

Pour obtenir paiement, le professionnel de la santé doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

IMPORTANT : Inscrire **la lettre «B»** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif (voir **4.9**).

Aucun code : Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifié sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec code 10, 11 ou 12; ne pas faire de demande de révision.
- 04- Demande de paiement annulée; à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation; à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- # 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90- Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; l'information est incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96 DP (Demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du 3 mai AA.
- 97 à 98- Ajustements spéciaux de révision; l'information est incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2014

Régie de

l'assurance maladie

Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT

SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2014

JANVIER ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)			1	2	3	4
(3)	6	●	8	9	10	11
5	6	7	8	9	10	11
(4)	13	14	15	16	17	18
12	13	14	15	16	17	18
(5)	20	●	22	23	24	25
19	20	21	22	23	24	25
(6)	27	28	29	30	31	
26	27	28	29	30	31	

FÉVRIER ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(8)						32
(7)	34	●	36	37	38	39
2	3	4	5	6	7	8
(8)	41	42	43	44	45	46
9	10	11	12	13	14	15
(9)	48	●	50	51	52	53
16	17	18	19	20	21	22
(10)	55	56	57	58	59	60
23	24	25	26	27	28	

MARS ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16)						60
(11)	62	●	64	65	66	67
2	3	4	5	6	7	8
(12)	69	70	71	72	73	74
9	10	11	12	13	14	15
(13)	76	●	78	79	80	81
16	17	18	19	20	21	22
(14)	83	84	85	86	87	88
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AVRIL ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		1	2	3	4	5
(6)	97	98	99	100	102	103
16	7	8	9	10	11	12
(17)	104	●	106	107	108	109
13	14	15	16	17	18	19
(18)	111	112	113	114	115	116
20	21	22	23	24	25	26
(19)	118	●	120			
27	28	29	30			

MAI ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				1	2	3
(20)	125	126	127	128	129	130
4	5	6	7	8	9	10
(21)	132	●	134	135	136	137
11	12	13	14	15	16	17
(22)	139	140	141	142	143	144
18	19	20	21	22	23	24
(23)	146	●	148	149	150	151
25	26	27	28	29	30	31

JUIN ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	157	158
1	2	3	4	5	6	7
(25)	160	●	162	163	164	165
8	9	10	11	12	13	14
(26)	167	168	169	170	171	172
15	16	17	18	19	20	21
(27)	174	●	176	177	178	179
22	23	24	25	26	27	28
(28)	181					
29	30					

JUILLET ^{'22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
(29)	188	●	190	191	192	193
6	7	8	9	10	11	12
(30)	195	196	197	198	199	200
13	14	15	16	17	18	19
(31)	202	●	204	205	206	207
20	21	22	23	24	25	26
(32)	209	210	211	212		
27	28	29	30	31		

AOÛT ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					1	2
(33)	216	●	218	219	220	221
3	4	5	6	7	8	9
(34)	223	224	225	226	227	228
10	11	12	13	14	15	16
(35)	230	●	232	233	234	235
17	18	19	20	21	22	23
(36)	237	238	239	240	241	242
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTEMBRE ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	●	246	247	248	249
1	2	3	4	5	6	7
(38)	251	252	253	254	255	256
7	8	9	10	11	12	13
(39)	258	●	260	261	262	263
14	15	16	17	18	19	20
(40)	265	266	267	268	269	270
21	22	23	24	25	26	27
(41)	272	●				
28	29	30				

OCTOBRE ^{'22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	277
(42)	279	280	281	282	283	284
5	6	7	8	9	10	11
(44)	286	●	288	289	290	291
12	13	14	15	16	17	18
(44)	293	294	295	296	297	298
19	20	21	22	23	24	25
(45)	300	●	302	303	304	
26	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
(46)	307	308	309	310	311	312
2	3	4	5	6	7	8
(47)	314	●	316	317	318	319
9	10	11	12	13	14	15
(48)	321	322	323	324	325	326
16	17	18	19	20	21	22
(49)	328	●	330	331	332	333
23	24	25	26	27	28	29
30						

DÉCEMBRE ^{'19}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	339	340
1	2	3	4	5	6	7
(51)	342	●	344	345	346	347
7	8	9	10	11	12	13
(52)	349	350	351	352	353	354
14	15	16	17	18	19	20
(53)	356	●	358	359	360	361
21	22	23	24	25	26	27
(2)	363	364	365			
28	29	30	31			

7905 202 14/03

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2015

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2015

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)				1	2	3
(3)	5	●	7	8	9	10
4	5	6	7	8	9	10
(4)	12	13	14	15	16	17
11	12	13	14	15	16	17
(5)	19	●	21	22	23	24
18	19	20	21	22	23	24
(6)	26	27	28	29	31	
25	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	31	●	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	7
(8)	40	41	42	43	44	45
8	9	10	11	12	13	14
(9)	47	●	49	50	51	52
15	16	17	18	19	20	21
(10)	54	55	56	57	58	59
22	23	24	25	26	27	28

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	31	●	63	64	65	66
1	2	3	4	5	6	7
(12)	68	69	70	71	72	73
8	9	10	11	12	13	14
(13)	75	●	77	78	79	80
15	16	17	18	19	20	21
(14)	82	83	84	85	86	87
22	23	24	25	26	27	28
(15)	89	●				
29	30	31				

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			91	92	93	94
			1	2	3	4
(16)	96	97	98	99	100	101
5	6	7	8	9	10	11
(17)	103	●	105	106	107	108
12	13	14	15	16	17	18
(18)	110	111	112	113	114	115
19	20	21	22	23	24	25
(19)	117	●	119	120		
26	27	28	29	30		

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				1	2	
(20)	124	125	126	127	128	129
3	4	5	6	7	8	9
(21)	131	●	133	134	135	136
10	11	12	13	14	15	16
(22)	138	139	140	141	142	143
17	18	19	20	21	22	23
(23)	145	●	147	148	149	150
24	25	26	27	28	29	30
31						

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	156	157
1	2	3	4	5	6	
(25)	159	●	161	162	163	164
7	8	9	10	11	12	13
(26)	166	167	168	169	170	171
14	15	16	17	18	19	20
(27)	173	●	175	176	177	178
21	22	23	24	25	26	27
(28)	180	181				
28	29	30				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	184	185
			1	2	3	4
(29)	187	●	189	190	191	192
5	6	7	8	9	10	11
(30)	194	195	196	197	198	199
12	13	14	15	16	17	18
(31)	201	●	203	204	205	206
19	20	21	22	23	24	25
(32)	208	209	210	211		
26	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						213
						1
(33)	215	●	217	218	219	220
2	3	4	5	6	7	8
(34)	222	223	224	225	226	227
9	10	11	12	13	14	15
(35)	229	●	231	232	233	234
16	17	18	19	20	21	22
(36)	236	237	238	239	240	241
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		●	245	246	247	248
		1	2	3	4	5
(38)	250	251	252	253	254	255
6	7	8	9	10	11	12
(39)	257	●	259	260	261	262
13	14	15	16	17	18	19
(40)	264	265	266	267	268	269
20	21	22	23	24	25	26
(41)	271	●	273			
27	28	29	30			

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	277
			1	2	3	
(42)	278	279	280	281	282	283
4	5	6	7	8	9	10
(43)	285	●	287	288	289	290
11	12	13	14	15	16	17
(44)	292	293	294	295	296	297
18	19	20	21	22	23	24
(45)	299	●	301	302	303	304
25	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	310	311
1	2	3	4	5	6	7
(47)	313	●	315	316	317	318
8	9	10	11	12	13	14
(48)	320	321	322	323	324	325
15	16	17	18	19	20	21
(49)	327	●	329	330	331	332
22	23	24	25	26	27	28
(50)	334					
29	30					

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)		335	336	337	338	339
		1	2	3	4	5
(51)	341	●	343	344	345	346
6	7	8	9	10	11	12
(52)	348	349	350	351	352	353
13	14	15	16	17	18	19
(53)	355	●	357	358	359	360
20	21	22	23	24	25	26
(54)	362	363	364	365		
27	28	29	30	31		

7005 2302 13/09

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

4.9 MESSAGES EXPLICATIFS

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime d'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 106** Le numéro d'assurance maladie est absent et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.
Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet «Rémunération à l'acte», soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée telle que fournie.
Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet «Rémunération à l'acte», soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Le numéro d'assurance maladie est absent et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services et, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.

- 115** L'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas prestataire d'une aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet «Personnes assurées»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 133** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** La carte d'assurance maladie de la personne assurée est annulée à la date de service selon l'information disponible à la RAMQ.
- # **159** La signature du professionnel est absente. Veuillez refacturer.
- 160** Le code d'acte est non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **171** Le service n'est pas payable, car la personne assurée en a déjà fait le paiement à l'établissement où les services ont été rendus.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance ou à l'intérieur des 30 jours, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou une perte, ces services doivent être facturés sous le code d'acte 51120 ou 52260 et le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif. Voir l'onglet *Rémunération à l'acte point 3.2.4.3* pour les instructions de facturation simultanée de deux prothèses, et soumettre une nouvelle demande de paiement.

- 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être utilisés lorsqu'un service a été rendu pour les deux maxillaires à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car l'information apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou «sur le formulaire d'autorisation» est incompatible avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-participant, les services rendus au Québec pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence (voir article 36 de la *Loi sur l'assurance maladie*, article 27 du Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie*).
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 207** Pour recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance et des publications aux professionnels peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 250** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas identifié sur la demande de paiement. Voir la section 3.2.2.2 : sous l'onglet «Rémunération à l'acte».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ne figure pas à nos fichiers. Voir la section 3.2.2.2 : Professionnel ayant demandé la consultation, sous l'onglet «Rémunération à l'acte».
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation est inéligible à la date de l'acte.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.

- 309** Date des services absente, illisible, incomplète, impossible ou il y a plus d'une date.
- 311** Date de naissance de la personne assurée postérieure à la date des services rendus.
- 312** Date des services rendus postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Délai de facturation expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter les renseignements suivants :
- La lettre «**B**» doit être inscrite dans la case C.S.
 - Le numéro d'identification de la demande de paiement initiale refusée ainsi que la date de l'état de compte sur lequel elle figurait doivent être inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Voir la section 4.5.4a) sous l'onglet «Paiement à l'acte - Messages explicatifs».
- 317** Les soins postopératoires doivent être facturés sous le même code d'acte que celui utilisé par le chirurgien principal avec le modificateur 014. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu (réf. : Règle d'application 5.2).
- 320** Date des services impossible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** Date des services absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés sur cette demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 323** Paiement refusé en raison du non respect du délai entre la date de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et la date des services.
- 324** Date d'autorisation absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Délai de refacturation expiré selon l'entente.
- 326** Délai de révision expiré selon l'entente.
- 333** Les honoraires de l'acte sont non payables. Vous devez vous conformer à l'avis relié au code d'acte facturé.
- 349** Vous ne pouvez réclamer d'autre service avec le code d'acte indiqué en référence (réf. : Règle d'application 2.0, article 3).
- 355** En fonction du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé, une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.

- 360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Acte non assuré à la date du service.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.
- 388** Acte soumis à l'application du modificateur 066 (réf. : Règle d'application 1.4.1).
- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 054 (réf. : Règle d'application 1.4.2).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 5.28).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 5.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 5.4).

- 401** Acte payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- # 402** La date d'arrivée à destination est absente et/ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.
- # 403** Sur le formulaire n° 1988, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 404** Acte non assuré pour cette personne assurée.
- # 405** Les pièces justificatives requises sont manquantes ou incomplètes.
- 406** Acte assuré pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours seulement.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** Cet acte est incompatible avec le numéro de dent et/ou avec l'âge de la personne assurée.
- # 410** Les frais de déplacement ne peuvent être reliés à aucun service rendu.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum (réf. : Règle d'application 3.5.1).
- 414** Ce code d'acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- # 416** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- # 417** Le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie, car aucuns frais de déplacement n'ont été facturés ou acceptés, ou aucune mention ne paraît à l'effet qu'il y ait eu du covoiturage.
- # 418** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande d'honoraires de la part du chirurgien principal.
- # 419** Temps de déplacement rectifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur utilisé.
- # 421** Le temps de déplacement a été rectifié selon le nombre de kilomètres accepté.
- # 422** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jours. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 423** L'acte ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 5.20).
- # 424** Ce déplacement a déjà été payé.
- # 425** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- # 426** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- # 427** Aucun ajustement d'honoraires ne doit être fait lors de la facturation. Le tarif à facturer est celui en vigueur à la date où les services sont rendus. La Régie ajustera les honoraires auxquels vous avez droit selon la règle d'application 3.5.1. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement plutôt qu'une demande de révision.

- 429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- # **430** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente ou selon vos pièces justificatives.
- # **431** Le prestataire est un revendicateur du statut de réfugié dont le carnet de réclamation porte la mention « Document de CIC requis » (CIC : Citoyenneté et Immigration Canada). La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services.
- # **432** Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- # **434** Les frais de déplacement facturés ont été payés à une autre personne.
- # **435** Le maximum alloué pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- # **436** La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère nolisé.
- 437** Conformément à la règle d'application 3.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base de cet acte étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée, est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature, son libellé ou la règle d'application afférente, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 441** Selon le Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie*, cet acte ne peut être payé s'il n'est pas suivi d'un des services énumérés à l'article 36.1. Réf. : Article 2.2 de la page 4, sous l'onglet «Personnes assurées».
- # **446** Acte incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 4.6).
- # **447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (règle d'application 4.6).
- 449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.8.1).

- 450** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.24).
- 451** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.25).
- 452** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.26).
- 453** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.27).
- 454** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.9).
- 455** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.10).
- 456** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.17).
- 457** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.19).
- 458** Acte modifié pour celui indiqué en référence (règle d'application 5.11).
- 459** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 2.6).
- 460** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.1).
- 461** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.3).
- 462** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.14).
- 463** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.21).
- 464** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.23).
- 465** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.13).
- 466** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.15).
- 467** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 5.16).
- 468** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 3.13).
- 469** Selon la Règle d'application 5.22, cet acte ne peut être payé.

- 470** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 3.6).
- 472** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 3.10).
- 473** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle d'application 4.11).
- 474** La ou les surfaces dont le traitement est prévu par le code indiqué en référence ont fait l'objet d'une demande de paiement au cours de l'année. C'est pourquoi nous vous payons selon un autre code qui ne couvre que la ou les surfaces qui n'avaient pas été traitées. (voir la règle d'application 3.10).
- # **481** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 486** La prothèse n'est rémunérée que lorsqu'elle a été effectuée trois (3) mois ou plus après l'ablation des dents (réf. : Règle d'application 6.1).
- 488** L'incision et le drainage d'abcès sont inclus dans l'ablation de dents ou l'ouverture d'urgence d'une chambre pulpaire.
- 489** La rémunération de l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire est incluse dans la rémunération d'un autre acte d'endodontie.
- 490** La Régie ne peut rémunérer les honoraires de l'examen d'urgence étant donné que les services de restauration, d'endodontie ou de chirurgie reliés à cet examen sont refusés et qu'aucun motif n'est présent sur la demande de paiement (réf. : Règle d'application 2.5).
- 491** Le motif de l'examen d'urgence doit être inscrit sur la demande de paiement si aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie n'est dispensé au cours de la même séance (réf. : Règle d'application 2.5).
- # **493** Une note explicative est exigée (règle d'application 4.7).
- 494** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 3.2).
- 496** Ce code d'acte ne peut être payé si le protocole opératoire n'accompagne pas la demande de paiement (réf. : Règle d'application 5.17).
- 497** Ce code d'acte est modifié ou annulé selon le maximum d'ostéotomies permises par maxillaire.
- 498** Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

- 501** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la dent est absent.
- 505** Le numéro de dent n'est pas acceptable pour ce code d'acte.
- 509** Les honoraires pour le traitement d'alvéolite ou le contrôle d'hémorragie sont refusés puisque le modificateur utilisé ne s'applique pas à ces actes (règle d'application 5.6 - Modificateur 048).
- 510** Le numéro de dent est incompatible avec l'âge de la personne assurée selon le guide d'urgence dentaire.
- 526** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est absent.
- 527** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est non acceptable.
- 530** Le numéro de surface est incompatible avec le code d'acte réclamé.
- 535** Le numéro de surface est inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 555** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle d'application 5.8 pour le rôle d'assistant au dentiste ou au chirurgien maxillo-facial.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Le modificateur utilisé est incompatible avec le rôle demandé pour ce code d'acte.
- 577** La majoration d'honoraires pour les soins d'urgence (modificateurs 017-018-019) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. (réf. : Règle d'application 2.0).
- 578** Le modificateur 019 est applicable seulement pour des services rendus le week-end ou les jours fériés.
- 579** Le code d'acte doit être soumis avec les modificateurs appropriés (010 ou 048) lorsqu'une nouvelle intervention a lieu au cours d'une même hospitalisation, pour la même personne assurée et pour le même professionnel (réf. : Règle d'application 5.6).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** En raison de son libellé, la réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée. (réf. : Nature de l'acte).

- 617** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 618** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable, et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 619** Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de la prothèse dentaire acrylique. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Les actes de supplément de garde en disponibilité de l'annexe V doivent être facturés avec un matricule fictif.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 677** Lors du remplacement d'une prothèse acrylique complète ou partielle en dedans de la période de huit ans pour les cas de perte ou de bris irréparables, l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 682** Consécutivement à une expertise professionnelle et selon les renseignements fournis.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 684** Seuls les huit premiers codes d'acte de la demande de paiement ont été évalués.

- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 695** Code d'acte, le rôle ou les honoraires modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 696** Code d'acte modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Rôle modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Honoraires modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 709** Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres (réf. : Règle d'application 1.9).
- 713** Les frais de déplacement sont remboursés au chirurgien buccal auquel un centre hospitalier de soins de courte durée du Québec fait appel comme consultant (réf. : Règle d'application 1.9).
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit dans la case UNITÉS.
- 723** Ce supplément de garde en disponibilité doit être effectué la semaine.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Ce supplément de garde en disponibilité doit être effectué la fin de semaine ou un jour férié.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 733** Un seul supplément de garde en disponibilité est payable par jour, par professionnel (règle 6.3 de l'annexe V).
- 734** Un seul supplément de garde multi-établissements est payable par jour, par regroupement d'établissements (Règle 6.1 de l'annexe V). Ce service n'est pas payable car un supplément de garde multi-établissements a déjà été facturé par un autre professionnel.
- 735** Un seul supplément de garde est payable par jour, par établissement (règle 6.1 de l'annexe V). Ce service n'est pas payable car un supplément de garde a déjà été facturé par un autre professionnel.
- 736** Une garde multi-établissements a déjà été réclamée par un autre professionnel pour cet établissement au cours de la même journée. Par conséquent, un supplément de garde locale ne peut être réclamé au cours de cette journée pour cet établissement (règle 6.2 de l'annexe V).

- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- 801** Le supplément de garde facturé peut seulement être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement désigné par les parties à l'annexe V.
- 802** Le code d'établissement est absent, inexistant ou fermé à la date de l'acte.
- 804** Le code d'établissement diffère de celui requis pour l'acte.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé «0XXX8» n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 834** Code d'acte incompatible avec le code de l'établissement (réf. : Règle d'application 2.0 ou 2.01).
- 880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # 907** Demande de paiement reçue par télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- 908** Il y a recouvrement du pré-paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 920** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.

- 935 Le coût de ces services relève de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- 936 Ce service n'est pas assuré en vertu du Règlement sur la sécurité du revenu.
- 939 En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une expertise professionnelle.
- 940 Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné. (voir la section relative à l'identité du professionnel, sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 941 Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres. (voir la section relative à l'établissement, sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 942 La date des services est absente, incomplète ou erronée. (voir la section : Avant-propos, sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 944 Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 945 Un maximum de huit codes d'acte peut être inscrit sur la demande de paiement. (voir section 3.2.4.2 sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez vérifier et soumettre deux nouvelles demandes de paiement, s'il y a lieu.
- 946 Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951 Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- 952 Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Profils médicaux.
- 959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960 Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce qu'elle doit fournir les renseignements manquants.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature de l'acte, la **règle d'application**, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'AVIS, le code d'acte est non payable s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'AVIS.

- 971** Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 980** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 982** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

5. MESURES INCITATIVES

(annexes IV et VII de l'Entente)

5.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux admissibles au ressourcement en territoires désignés de l'annexe IV le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (n° 3336).

De plus, le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences* (n° 4188) est disponible pour les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui sont admissibles au ressourcement de l'annexe VII.

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sont ceux qui sont exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente, et qui sont nécessaires à l'appréciation de la demande de remboursement.

Ne jamais écrire au verso des formulaires de demande.

De préférence, remplir les formulaires en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, identification du professionnel, signature) entraînera l'annulation de la demande.

5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (n° 3336) (annexe IV)

0000

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES MESURES INCITATIVES

PROFESSIONNEL

NUM

1

PRENOM

NO DU PROFESSIONNEL

ENDROIT DE PRATIQUE

OU LOCALITE

NO DE L'ETABLISSEMENT

DATE DE DEBUT DE PRATIQUE A CET ENDROIT

CODE DE LOCALITE

ANNEE MOIS JOUR

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT

JOUR

01

02

03

04

05

06

07

PERIODE DU

ANNEE

MOIS

JOUR

QUANTITE

2

RENUMERATION
(1 jour ou 0.5 jour)

ALLOCATION FORFAITAIRE
(Montant réclame par jour)

SPÉCIMEN

MONANT RECLAME POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE

PRIME D'ELOIGNEMENT

PERIODE

ANNEE

MOIS

JOUR

DU

3

AU

ANNEE

MOIS

JOUR

AVEC DEPENDANTS

SANS DEPENDANTS

MONANT RECLAME

DEMENAGEMENT

DATE DU DEMENAGEMENT

ANNEE

MOIS

JOUR

4

LOCALITE DE DEPART

CODE DE LOCALITE

LOCALITE D'ARRIVEE

CODE DE LOCALITE

MONANT RECLAME

FRAIS D'ENTREPOSAGE

PERIODE DU

ANNEE

MOIS

JOUR

AU

ANNEE

MOIS

JOUR

MONANT RECLAME

DEMANDE D'AVANCE
(Le montant de l'avance sera déduit du montant réclame)

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

MONANT DE L'ESTIME(1)

MONANT DE L'ESTIME(2)

SORTIE

PERIODE

ANNEE

MOIS

JOUR

DU

5

AU

ANNEE

MOIS

JOUR

NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUE LA SORTIE

N.B.: Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans section "Renseignements complémentaires".

DEPLACEMENT

TYPE DE MESURE

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

MOYEN DE TRANSPORT

NOMBRE DE KM (AUTO)

LOCALITE DE DEPART

LOCALITE D'ARRIVEE

MONANT RECLAME

1- Ressourcement ou perfectionnement
2- Sortie
3- Déménagement

1- Auto
2- Avion
3- Taxi
4- Autres

TOTAL DES FRAIS DE DEPLACEMENT

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

7

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.

SIGNATURE

8

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

Régie de l'assurance maladie Québec

3336 292 05/01 FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL

2

MAJ 29 / juillet 2014 / 99

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

Le formulaire est divisé en huit parties :

1. Professionnel
2. Ressourcement et perfectionnement
3. Prime d'éloignement (non applicable)
4. Déménagement (non applicable)
5. Sortie (non applicable)
6. Déplacement
7. Renseignements complémentaires
8. Signature du professionnel

Remarque : Les quatre premiers chiffres du numéro qui apparaît dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

PARTIE 1**Professionnel** (à remplir obligatoirement)

L'identité du chirurgien buccal et maxillo-facial qui demande le remboursement de mesures incitatives comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille
- PRÉNOM : prénom usuel
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie à sept chiffres
- ENDROIT DE PRATIQUE : le nom de l'établissement et le numéro d'établissement ou le nom de la localité et le code de localité selon la liste fournie par la Régie
- DATE : date de début de pratique à cet endroit

PARTIE 2**Ressourcement et perfectionnement**

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement.

- Quantième :

Date représentée par un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

- Période :

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour.

- Rémunération :

Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le professionnel reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.

- Allocation forfaitaire :

Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'entente.

- Montant réclamé :

Somme des montants demandés à titre d'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de sept jours, utiliser un second formulaire et inscrire la référence à la demande de remboursement qui contenait les pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la partie 6.

PARTIE 3

Non applicable à votre profession.

PARTIE 4

Non applicable à votre profession.

PARTIE 5

Non applicable à votre profession.

PARTIE 6**Déplacement**

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement.

- Type de mesure :

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative « ressourcement » à laquelle les frais de déplacement se rattachent.

- Date :

Date du déplacement (année/mois/jour)

- Moyen de transport :

Moyen de transport utilisé :

- 1 = auto
- 2 = avion
- 3 = taxi
- 4 = autres

- Nombre de km (auto) :

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

- Localité de départ/Localité d'arrivée**- Montant réclamé****- Total des frais de déplacement****PARTIE 7****Renseignements complémentaires**

- Inscrire dans cette partie, tous les renseignements utiles pour le règlement de la demande de remboursement ainsi que les renseignements relatifs aux dépendants qui ont effectué la sortie, le cas échéant.

PARTIE 8**Signature du professionnel** (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **signée à la main** et datée par le professionnel dont le nom figure à la **partie 1** ou par son mandataire.

Remarque : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original des pièces justificatives (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

5.3 EXPÉDITION*(formulaire n° 3336)*

Vous devez transmettre la *Demande de paiement des mesures incitatives* (n° 3336) dûment rempli et signé ainsi que les pièces justificatives requises à la Régie, à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Vous devez conserver une copie de ces documents de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait vous adresser.

5.4 LISTE DES LOCALITÉS

Pour l'application de l'annexe IV de l'entente - *Ressourcement dans les territoires désignés*

Localités	Codes	
Aguanish	69704	Collines-du-Basque
Akulivik	69870	(Côte-de-Gaspé)
Amos	68430	Degelis
Amqui	60514	Duhamel-Ouest (Témiscamingue)
Angliers	68324	Duparquet
Auclair	60906	Dupuy
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	Eastmain
Authier	68448	Escuminac
Authier-Nord	68473	Esprit-Saint
Baie-Comeau	69733	Ferme-Neuve
Baie-d'Hudson	69897	Fermont
Baie-des-Chaloupes		Forestville
(Antoine-Labelle)	66192	Fort Rupert (Waskagheganish)
Baie-des-Sables	60628	Franquelin (Manicouagan)
Baie-James (sauf Joutel)	69802	Fugèreville
Baie-Johan-Beetz	69703	Gallichan
Baie-Trinité	69721	Gaspé
Barraute	68418	Godbout
Bearn	68306	Grand-Lac-Victoria
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces		(Vallée-de-l'Or)
Val-Barrette	67634	Grand-Métis
Belcourt	68411	Grande-Rivière
Belleterre	68308	Grande-Vallée
Berry	68477	Grosses-Roches
Biencourt	60702	Guérin
Blanc-Sablon	69753	Havre-St-Pierre
Bonaventure	60419	Hope
Bonne-Espérance	69755	Hope Town
Cacouna (Réserve indienne)	60881	Hunters Point
Caniapiscau	69893	Inukjuak (Baie-d'Hudson)
Cap-Chat	60317	Ivujivik
Caplan	60422	Kamouraska
Carleton-Sur-Mer	60435	Kangiqsualujuaq (Baie-d'Ungava)
Cascades-Malignes (Vallée-de-		Kangiqsujuaq (Baie-d'Ungava)
la-Gatineau)	67892	Kangirsuk (Baie-d'Ungava)
Cascapédia	60428	Kawawachikamach
Causapscal	60506	Kebaowek (Réserve indienne)
Champneuf	68412	Kiamika
Chandler	60209	Kipawa
Chapais	69806	Kuujuaq (Baie-d'Ungava)
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	Kuujuarapik (Baie-d'Hudson)
Chibougamau	69804	L'Ascension (Antoine-Labelle)
Chisasibi	69842	L'Ascension-de-Patapédia
Chute-aux-Outardes	69726	(Avignon)
Chute-Saint-Philippe	67642	L'Île-d'Anticosti
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	L'Isle-Verte
Clerval	68458	La Corne
Cloridorme	60248	La Martre
Colombier	69728	La Morandière
Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent	69751	La Motte
Coulée-des-Adolphe		La Pocatière
(Denis-Riverin)	60699	La Rédemption
		La Reine
		La Romaine (Réserve indienne)
		La Sarre

La Trinité-des-Monts	60713	Les Bergeronnes	69741
Labrecque	69459	Les Escoumins	69738
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle)	64397	Les Îles-de-la-Madeleine	60103
Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	Les Méchins	60603
Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	Listuguj (Restigouche)	60482
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord)	69797	Longue-Pointe	69705
Lac-au-Saumon	60512	Lorrainville	68316
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle)	64797	Macamic	68451
Lac-Boisbouscache (Les Basques)	60798	Malartic	68405
Lac-Casault (La Matapédia)	60591	Maliotenam (Réserve indienne)	69786
Lac-Chicobi (Abitibi)	68488	Maria	60429
Lac-de-la-Bidière (Berthier)	64993	Marsoui	60311
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine Labelle)	65892	Matagami et Joutel	69811
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle)	64795	Matane	60608
Lac-des-Aigles	60714	Matapédia	60448
Lac-des-Cinq (Centre-de- la-Mauricie)	63299	Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis)	60793	Matimekosh - Lac-John (Réserve indienne)	69882
Lac-Despinassy (Abitibi)	68495	Métis-sur-Mer	60629
Lac-Douaire (Montcalm)	66196	Mingan (Réserve indienne)	69784
Lac-du-Cerf	67611	Mistissini	69825
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest)	68499	Moffet	68321
Lac-Ernest (Antoine-Labelle)	67693	Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399
Lac-Granet (Témiscamingue)	68390	Mont-Alexandre (Pabok)	60298
Lac-Huron (Rimouski-Neigette)	60795	Mont-Carmel	61006
Lac-Jérôme (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent)	69793	Mont-Joli	60721
Lac-Juillet (Sept-Rivières- Caniapiscou)	69891	Mont-Laurier	67640
Lac-Masketsi (Mékinac)	63292	Mont-Lebel	60728
Lac-Matapédia	60597	Mont-Saint-Michel	67649
Lac-Nigaut (Pontiac)	68091	Mont-Saint-Pierre	60306
Lac-Nominingue	67620	Murdochville	60301
Lac-Normand (Mékinac)	63298	Natashquan	69702
Lac-Oscar (Antoine-Labelle)	65893	Nédelec	68329
Lac-Pythonga (La Vallée-de- la-Gatineau)	68090	Némiscau (Nemaska)	69830
Lac-Saguay	67631	New Carlisle	60418
Lac-Saint-Paul	67648	New Richmond	60426
Lac-Simon (Réserve indienne)	68481	Normétal	68474
Lac-Vacher (Sept-Rivières- Caniapiscou)	69892	Notre-Dame-de-Pontmain	67612
Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle)	64398	Notre-Dame-des-Neiges-des- Trois-Pistoles	60819
Lac-Walker (Sept-Rivières- Caniapiscou)	69795	Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838
Laforce	68312	Notre-Dame-du-Laus	67602
Landrienne	68419	Notre-Dame-du-Nord	68326
Laniel et les Lacs du- Témiscamingue	68393	Notre-Dame-du-Portage	60836
Latulipe-et-Gaboury	68309	Nouvelle	60438
Launay	68434	Obedjiwan (Le Haut- Saint-Maurice)	68491
Laverlochère	68318	Obedjiwan (Réserve indienne)	68482
Le Bic	60750	Packington	60902
Lebel-sur-Quévillon	69809	Padoue	60541
Lejeune (Témiscouata)	60931	Pakuashipi (Réserve indienne)	69780
		Palmarolle	68454
		Parent	63272
		Paspébiac	60412
		Pessamit (Réserve indienne)	69788
		Percé	60220
		Petite-Vallée	60249
		Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska)	61094
		Petit-Matane	60619

Petit-Mécatina (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent)	69791	Saint-Adelme	60606
Picard (Kamouraska)	61092	Saint-Alexandre (Kamouraska) . .	61011
Pikogan (Réserve indienne)	68484	Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia)	60510
Pohénégamook	61003	Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon)	60449
Pointe-à-la-Croix	60443	Saint-Alphonse (Bonaventure) . .	60424
Pointe-au-Père	60736	Saint-Anaclet-de-Lessard	60724
Pointe-aux-Outardes	69725	Saint-André (Kamouraska)	61024
Pointe-Label	69723	Saint-André-de-Restigouche . . .	60446
Port-Cartier	69717	Saint-Antoine	60818
Port-Daniel-Gascons	60401	Saint-Arsène	60828
Portneuf-sur-Mer	69732	Saint-Athanase (Témiscouata) . .	61002
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo)	69845	Saint-Bruno-de-Guigues	68319
Poularies	68439	Saint-Bruno-de-Kamouraska . . .	61004
Preissac	68427	Saint-Charles-Garnier	60703
Price	60636	Saint-Clément	60808
Puvrinituk (Baie-d'Hudson)	69895	Saint-Cléophas (La Matapédia) . .	60528
Quaqtaq (Baie-d'Ungava)	69868	Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup) .	60802
Ragueneau	69724	Saint-Damase (Matapédia)	60539
Rapide-Danseur	68447	Saint-Denis (Kamouraska)	61032
Rémigny	68330	Saint-Dominique-du-Rosaire . . .	68433
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or) .	68095	Saint-Donat (La Mitis)	60722
Rimouski	60739	Saint-Edouard-de-Fabre	68302
Ristigouche, Partie Sud-Est	60444	Saint-Éloi (Les Basques)	60822
Rivière-à-Claude	60308	Saint-Elzéar (Bonaventure)	60416
Rivière-au-Tonnerre	69708	Saint-Elzéar (Témiscouata)	60924
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan)	69796	Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup)	60814
Rivière-Bleue	60915	Saint-Eugène-de-Guigues	68322
Rivière-Bonaventure	60495	Saint-Eugène-de-Ladrière	60753
Rivière-Bonjour (Matane)	60698	Saint-Eusèbe (Témiscouata) . . .	60912
Rivière-du-Loup	60834	Saint-Fabien (Rimouski-Neigette)	60751
Rivière-Héva	68417	Saint-Félix-de-Dalquier	68431
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk) . .	69896	Saint-François-d'Assise (Avignon)	60451
Rivière-Mouchalagane (Sept- Rivières-Caniapiscau)	69799	Saint-François-Xavier- des-Hauteurs	60701
Rivière-Nipississ (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69794	Saint-François-Xavier-de-Viger . .	60809
Rivière-Nouvelle (Avignon)	60499	Saint-Gabriel (La Mitis)	60709
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest) . . .	68489	Saint-Gabriel-Lalement	61008
Rivière-Ouelle	61034	Saint-Georges-de-Cacouna	60831
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia)	60792	Saint-Germain (Kamouraska) . . .	61028
Rivière-Rouge	67618	Saint-Godefroi (Bonaventure) . .	60408
Rivière-Saint-Jean	69707	Saint-Guy (Les Basques)	60716
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé)	60299	Saint-Honoré (Témiscouata) . . .	60929
Rivière-Vaseuse	60592	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup) .	60804
Rivière-Windigo (Le Haut- Saint-Maurice)	63297	Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane)	60604
Rochebaucourt	68453	Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806
Roquemaure	68446	Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata)	60903
Routhiville (La Matapédia)	60494	Saint-Joseph-de-Kamouraska . . .	61012
# Rouyn-Noranda	68333	Saint-Joseph-de-Lepage	60718
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia)	60697	Saint-Juste-du-Lac	60908
Ruisseau-Ferguson (Avignon) . . .	60497	Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) . .	68469
Sacré-Coeur (La Haute- Côte-Nord)	69743	Saint-Léandre (Matane)	60609
		Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)	60518
		Saint-Louis-du-Ha-Ha	60922
		Saint-Marc-de-Figuery	68422

Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	Sept-Îles	69711
Saint-Marcellin		Shigawake	60406
(Rimouski-Neigette)	60711	Tadoussac	69744
Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	Taschereau	68436
Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles)	69862
Saint-Maxime-du-Mont-Louis	60304	Témiscaming	68301
Saint-Médard (Les Basques)	60729	Témiscaming (rés. indienne)	68389
Saint-Michel-du-Squatec	60918	Temiscouata-sur-le-Lac	60910
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup)	60816	Trécesson	68432
Saint-Moise (La Matapédia)	60534	Trois-Pistoles	60821
Saint-Narcisse-de-Rimouski	60712	Umiujaq (Baie-d'Hudson)	69847
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est)	69456	Val d'Or	68403
Saint-Noël (La Matapédia)	60536	Val-Brillant	60524
Saint-Octave-de-Métis	60631	Val-Saint-Gilles	68471
Saint-Onésime-d'Ixworth	61009	Ville-Marie	68304
Saint-Pacôme (Kamouraska)	61020	Waskaganish (Fort-Rupert)	69885
Saint-Pascal	61018	Waswanipi (Terre Réservée)	69880
Saint-Paul-de-la-Croix	60812	Waswanipi (Village Cri)	69810
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton	69736	Wemindji (Village Cri)	69840
Saint-Philippe-de-Néri	61019	Whapmagooctui (Réserve indienne)	69888
Saint-Pierre-de-Lamy	60930	Whitworth (Réserve indienne)	60882
Saint-Raphaël-d'Alberville	60508	Winneway	68388
Saint-René-de-Matane	60613		
Saint-Siméon (Bonaventure)	60421		
Saint-Simon (Les Basques)	60754		
Saint-Tharcisius (La Matapédia)	60509		
Saint-Ulric	60624		
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)	60746		
Saint-Vianney (La Matapédia)	60521		
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui	60519		
Sainte-Angèle-de-Méridi	60706		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière	61036		
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle	60312		
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle)	67650		
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette)	60726		
Sainte-Félicité (Matane)	60618		
Sainte-Flavie (La Mistis)	60731		
Sainte-Florence (La Matapédia)	60502		
Sainte-Françoise (Les Basques)	60811		
Sainte-Germaine-Boulé	68441		
Sainte-Gertrude-Manneville	68425		
Sainte-Hélène (Kamouraska)	61014		
Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456		
Sainte-Irène (La Matapédia)	60526		
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538		
Sainte-Luce-Luceville	60734		
Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine	60302		
Sainte-Marguerite (Matapédia)	60501		
Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742		
Sainte-Paule (Matane)	60610		
Sainte-Rita (Les Basques)	60801		
Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216		
Salluit	69875		
Sayabec	60530		
Schefferville	69801		
Senneterre	68409		

5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (n° 4188)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE PAIEMENT

Programme de développement professionnel
et de maintien des compétences
Annexe 44 – FMSQ
Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1 | PROFESSIONNEL

II. PROFESSIONNELS		
Nom	Prénom	Numéro du professionnel

2 | ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation :

- ☐
- Activités d'apprentissage collectif agréées

IMPORTANT : Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressource.

- ☐
- Stage de formation ou de perfectionnement

IMPORTANT : Assurez-vous d'obtenir l'autorisation des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. ❶

Période des activités de ressourcement du

Période des activités de ressourceurment du											
Quantième	JJ	Durée		Plages horaires				Montant réclamé			
		Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées		Cochez : AM, PM ou SOIR							
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$
				AM	☐	PM	☐	SOIR	☐		\$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives.

Total :

Une demi-journée (0.5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives

Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

3 | TEMPS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note 2.*

Nombre d'heures :	Montant réclamé :
-------------------	-------------------

Nombre d'heures :	Montant réclame :	\$
-------------------	-------------------	----

4 FRAIS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note 2*

Date	Moyen de	Nombre	Localité de départ	
------	----------	--------	--------------------	--

AAAAMMJJ	transport	de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	montant réclamé									
<table border="1"> <tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr> <tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr> <tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr> </table>	A	M	J	A	M	J	A	M	J					\$
A	M	J												
A	M	J												
A	M	J												
<table border="1"> <tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr> <tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr> <tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr> </table>	A	M	J	A	M	J	A	M	J					\$
A	M	J												
A	M	J												
A	M	J												

1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres

5 | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6 | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir).
Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :

Bégin de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

Annexe 44 – FMSQ : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez leurs coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org
Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

② Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

- # Le formulaire est divisé en six parties :
 - 1. Professionnel
 - 2. Activités de ressourcement reconnues
- # 3. Temps de déplacement (non applicable)
- # 4. Frais de déplacement (non applicable)
- # 5. Renseignements complémentaires
- # 6. Signature du professionnel

5.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
(formulaire n° 4188)Régie de
l'assurance maladie

Québec



DEMANDE DE PAIEMENT

Programme de développement professionnel
et de maintien des compétences

Annexe 44 – FMSQ

Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1 | PROFESSIONNEL

Nom UNTEL	Prénom Pierre	Numéro du professionnel 2234567
--------------	------------------	------------------------------------

2 | ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation :

- ☒ **IMPORTANT :** Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressourcement.
- ☐ Stage de formation ou de perfectionnement
- ☐ **IMPORTANT :** Assurez-vous d'obtenir l'autorisation des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. ❶

Période des activités de ressourcement du 2,0^A1,1^A0,5⁰1¹ au 2,0^A1,1^A0,5⁰3¹

Quantité JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cochez : AM, PM ou SOIR	Montant réclamé
02	1,00	AM ☒ PM ☒ SOIR ☐	512,00 \$
03	0,50	AM ☒ PM ☐ SOIR ☐	256,00 \$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	\$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	\$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	\$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	\$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	\$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	\$
Total :			768,00 \$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives.

Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

3 | TEMPS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷*

Nombre d'heures : Montant réclamé : \$

4 | FRAIS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷*

Date AAAA-MM-JJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
A M J					\$
A M J					\$
A M J					\$
1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres					Total : \$

5 | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6 | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la
présente demande sont exacts.

SIGNATURE

Pierre Untel

2,0^A1,1^A0,5⁰3¹2,0

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4❶ [Annexe 44 – FMSQ](#) : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez leurs coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org

Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

❷ Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Rétroférez-vous aux instructions de la brochure 3.

PARTIE 1**Professionnel**

L'identification du chirurgien buccal et maxillo-facial demandant un remboursement dans le cadre du programme précité comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille
- PRÉNOM : prénom usuel
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie à sept chiffres

PARTIE 2**Activités de ressourcement reconnues**

Cette section doit être remplie pour demander le paiement de demi-journées de ressourcement.

- Identification du ressourcement

Deux catégories d'activité de ressourcement sont admissibles dans le cadre du programme de développement professionnel et de maintien des compétences :

- **Activités d'apprentissage collectif agréées (paragraphe 4.2 i. de l'annexe VII)**

S'il s'agit d'une activité de développement professionnel et de maintien des compétences d'une durée minimale de trois heures consécutives, donnée conformément aux normes d'un prestataire agréé en matière d'éducation et d'éthique, et évaluée comme telle par l'Ordre des dentistes du Québec, vous devez cocher cette case.

- **Stage de formation ou de perfectionnement (paragraphe 4.2 ii. de l'annexe VII)**

S'il s'agit d'un stage de formation ou de perfectionnement d'une durée minimale de trois heures consécutives, vous devez cocher cette case. Cette formation doit être planifiée en collaboration avec un mentor ou un superviseur et porter sur l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences ou sur leur maintien.

Pour que le stage soit reconnu, vous devez faire parvenir une lettre en demandant l'autorisation aux parties négociantes, **un mois avant le début du stage**, à l'adresse suivante :

Équipe de négociation ASCBMFQ
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des professionnels de la santé et du personnel d'encadrement
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Télécopieur : 418 266-8444

Les pièces justificatives devront être jointes au formulaire n^o 4188, au moment de présenter votre demande de paiement à la Régie.

- Période

Dates du début et de la fin de la période couverte par les activités de ressourcement (AAAAMMJJ).

Veuillez noter que la période de facturation ne peut excéder trente jours.

- Quantième

Date du jour, formée d'un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

- Durée

- Valeur pour une demi-journée facturée : 0,5
- Valeur pour deux demi-journées au cours de la même journée : 1

- Plages horaires

Le chirurgien buccal et maxillo-facial indique par un crochet ou un « X » à quel moment de la journée la formation a été suivie. Si elle a couvert plus d'une plage horaire, le chirurgien buccal et maxillo-facial doit cocher toutes celles concernées.

Les plages horaires correspondent à :

- AM : de 7 h à 12 h
- PM : de 12 h à 19 h
- Soir : de 19 h à 24 h

- Montant réclamé

Pour demander le montant forfaitaire alloué pour une demi-journée de formation, inscrire le montant prévu à l'entente. Pour deux demi-journées ou pour une journée, inscrire le double du montant prévu à l'entente.

À la case « Total », vous devez inscrire la somme des montants réclamés pour cette demande de paiement.

PARTIE 3

Non applicable à votre profession.

PARTIE 4

Non applicable à votre profession.

PARTIE 5**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement.

PARTIE 6**Signature du professionnel**

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le professionnel dont le nom figure à la partie 1 ou par son mandataire.

Elle doit être accompagnée de l'attestation liée à la formation. Une photocopie est acceptée. Vous devez conserver une copie de ces documents, de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait vous adresser.

Dans le cadre d'une activité d'apprentissage collectif agréée, l'attestation doit comporter une mention de reconnaissance par l'Ordre des dentistes du Québec.

5.7 EXPÉDITION

Vous devez transmettre le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences* (n° 4188) dûment rempli et signé ainsi que les pièces justificatives requises à la Régie, à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

6. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

6.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du chirurgien buccal et maxillo-facial traitant ou d'un tiers autorisé par ce chirurgien buccal et maxillo-facial à recevoir paiement.

Cependant, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut demander à la Régie de verser ses honoraires directement à son compte personnel ou à son compte administratif (paiement par dépôt direct). Un tel versement d'honoraires se fait dans un délai de trois jours ouvrables après la date du paiement.

6.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de remboursement dûment remplies.

6.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE	
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE STAGIAIRE	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-11-06 (T)	20AA-10-27 (P)	OR-46	001	002	
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-17					

1

2

3

4

5

6

7

8

UNTEL ROBERT
1125 GRANDE ALLÉE OUEST
QUÉBEC QUÉBEC
G1K 7T3

9

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:
Québec:.....418 643-8210
Montréal:.....514 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX

PAIEMENTS ET RETENUES

DESCRIPTION DES GAINS MESURES INCITATIVES

DÉDUCTIONS CUMULATIVES

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)

OR341 4702 306 0994

VOIR AU VERSO

SPÉCIMEN

6.3.1 Description

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement ou de remboursement qui font l'objet de transactions.

6.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

1. NOM : Nom et prénom du chirurgien buccal et maxillo-facial.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du chirurgien buccal et maxillo-facial ainsi que son chiffre preuve.
3. NUMÉRO DU GROUPE : Numéro du groupe du chirurgien buccal et maxillo-facial, s'il y a lieu.
4. NUMÉRO DE CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, c'est la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : La date inscrite dans cette case correspond à la date limite de réception des demandes de paiement. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La lettre « **P** » (papier) ou « **T** » (Internet ou télécommunication).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION : La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le chirurgien buccal et maxillo-facial pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

- Messages généraux
- Paiements et retenues
- Description des gains - mesures incitatives
- Déductions cumulatives
- Description des codes de transactions

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de
l'assurance maladie

Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELLS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NO

UNTEL

ROBERT

0-00000-0

00000

000000000 C

20AA-11-17

DEMANDES DE PAIEMENT
RECUEILLIES JUSQU'AU

20AA-11-06 (T)
20AA-10-27 (P)

OR-46

002
002

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES											
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE											
FIN DU RELEVÉ											

OR344 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

6.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction
(Parties 1a à 10a)

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA0122 i.e. AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième.
- 3a. CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA) (voir **11.5**).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

Type de mesure, soit :

déménagement
prime d'éloignement
ressourcement
sortie

Élément de mesure, soit :

allocation forfaitaire
autres frais
demande d'avances
déménagement
déplacement
prime d'éloignement
frais d'entreposage
rémunération

- 5a. BASE DE CALCUL : Le nombre d'heures (H), ou de journées (J), ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

6.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis. Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement.

6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

6.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

6.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement

Toute demande de remboursement accompagnée du code de transaction **(TRA) 05** est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de remboursement.**

6.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** (voir **11.5**) et du code de message explicatif approprié (voir **11.7**).

Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de remboursement doit lui présenter une *Demande de révision* (n° 1549).

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement.

Les demandes de révision doivent être adressées à l'adresse indiquée sur le formulaire.

6.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas, faire une demande de révision s'il y a lieu de contester la décision de la Régie et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement.

6.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision* (n° 1549).

6.4.6 Annulation d'une demande de remboursement

Toute demande de remboursement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de remboursement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **(TRA) 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour obtenir paiement, le professionnel de la santé doit **soumettre une nouvelle demande de remboursement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de remboursement**.

6.5 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de remboursement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de messages explicatifs (voir **11.7**).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt.
- 50- Demande de paiement reçue et traitée mais dont le paiement est retenu (faillite, décès, arrêt de paiement, autres).
- 90- Codes spéciaux de révision.
- 91 à 98- Codes spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES**6.6 MESSAGES EXPLICATIFS**

(annexe VII de l'Entente)

- 030** Le professionnel qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 031** La signature du responsable officiel de l'activité de ressourcement est absente sur l'attestation de présence, veuillez refacturer.
- 032** Le type d'activité de ressourcement reconnu n'est pas sélectionné, veuillez refacturer.
- 033** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander le montant forfaitaire pour le ressourcement.
- 071** Le remboursement de ces frais de mesures incitatives vous a été versé à la suite d'une demande antérieure.
- # 072** La date du déplacement réclamé est absente.
- 074** La rémunération demandée n'est pas remboursable en vertu des mesures incitatives.
- 132** Les crédits de jours anticipés de ressourcement sont épuisés.
- 133** Les données relatives au ressourcement, soit le quantième ou le montant d'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 134** Les pièces justificatives reçues pour réclamer le remboursement des frais de ressourcement sont inacceptables. L'allocation forfaitaire et les frais de déplacement, s'il y a lieu, sont récupérés.
- 140** Lors d'un déplacement par avion, seuls les billets au tarif de la classe économique sont payés, à moins d'une situation hors de l'ordinaire. L'achat de billets plus chers que ceux au tarif de la classe économique doit être justifié par le professionnel. En l'absence de justification, le montant réclamé est ajusté selon le calcul de la Régie.
- 141** L'attestation de présence à un séjour de perfectionnement ou de ressourcement ne précise pas la nature du cours suivi.
- 142** Le remboursement des frais de ressourcement est refusé, car aucun nom n'est inscrit sur l'attestation de présence pour le séjour de perfectionnement ou de ressourcement.
- 143** Les pièces justificatives ne sont pas conformes.
- 147** Veuillez nous faire parvenir un reçu d'essence, de stationnement, de restaurant, etc. attestant votre présence à la destination mentionnée ou l'utilisation d'une voiture.
- 159** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser l'original du formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336).
- 300** La date de début ou de fin de la période de ressourcement est non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La demande de remboursement pour l'activité de ressourcement n'est pas dûment signée.
- 302** Cette journée de ressourcement est refusée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.

- 303** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour le Programme de développement professionnel et de maintien des compétences est refusé, cette journée ayant déjà été payée.
- 304** Selon nos dossiers, l'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement a été réclamée alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 305** Le quantième permettant l'identification du jour de ressourcement n'est pas compris dans la période de ressourcement.
- 306** La date de début de la période de ressourcement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 307** La période pour laquelle vous réclamez un remboursement pour le Programme de développement professionnel et de maintien des compétences est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 308** La période de l'activité de ressourcement est absente.
- 309** Les données relatives à l'activité de ressourcement, soit le quantième, la durée ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 310** L'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement vous a déjà été payée.
- 311** La ou les pièces reçues pour l'activité de ressourcement sont inacceptables. Vous devez obligatoirement fournir l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- 312** L'attestation de présence au temps de ressourcement n'ayant pas été produite, nous procédons à la récupération du montant versé.
- 313** Les crédits de demi-journées anticipées ou de l'année de ressourcement sont épuisés.
- 314** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé, celle-ci ayant été facturée à une date antérieure à l'entrée en vigueur de l'annexe VII.
- 315** La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 317** L'attestation de présence au temps de ressourcement ne précise pas la nature du développement professionnel.
- 318** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé, car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence à cette activité.
- 319** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- 322** L'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous bénéficiiez déjà des activités de ressourcement prévues à l'annexe IV de l'Entente.
- 324** Nous n'avons pas reçu l'autorisation de présence à l'activité de ressourcement.
- 326** L'organisme qui donne l'activité d'apprentissage n'est pas considéré comme faisant partie du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.

- 327** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences* (n° 4188).
- # **328** Selon nos dossiers, l'activité de ressourcement pour laquelle vous demandez le paiement a été réclamée alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 329** Les documents reçus ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement pour les frais engagés dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 335** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant prévu à l'Entente.
- # **337** La période de facturation ne peut excéder trente jours.
- 338** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé ou a été modifié, car la durée de l'activité doit correspondre à une journée (ou à deux demi-journées) pour un minimum de 6 heures, ou à une demi-journée (0,5) pour un minimum de 3 heures.
- 339** L'attestation de présence à l'activité de ressourcement ne précise pas la durée de l'activité suivie.
- # **345** Les activités de ressourcement suivies en ligne ne sont pas remboursables dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # **346** Le montant relatif à l'activité de ressourcement est récupéré, car il a été réclamé alors que le territoire de pratique où vous exercez vous rendait inadmissible à l'annexe 44 (*Entente des médecins spécialistes*) ou à l'annexe VII (*Entente des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale*).
- # **347** Selon nos dossiers, l'activité de ressourcement pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez admissible au Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # **349** Le calcul des gains de pratique pour l'année visée montre que vous avez utilisé plus que le maximum de journées de ressourcement permis (*art. 3.1, annexe 44, Entente des médecins spécialistes*) ou (*art. 3.1, annexe VII, Entente des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale*). Le montant relatif à l'activité de ressourcement est donc récupéré.
- # **575** Selon votre entente, les frais de déplacement et le temps de déplacement ne sont pas permis.

7. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

(Annexe 1 de l'entente)

RÈGLES GÉNÉRALES

1.1 Le chirurgien buccal et maxillo-facial est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée.

Toutefois, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service assuré.

Les actes pour lesquels le chirurgien buccal et maxillo-facial se fait assister par du personnel auxiliaire, dans le cadre du régime, demeurent sous la responsabilité et la surveillance immédiate du chirurgien buccal et maxillo-facial traitant.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui fournit des services avec le concours d'un dentiste résident dans le cadre d'un programme d'enseignement approuvé par une université est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires et règles d'application. À cette fin, il doit être présent auprès de la personne assurée et s'identifier lors de la dispensation du service et y participer.

Nul honoraire n'est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui voit une personne assurée dont il n'est pas le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant ou le chirurgien buccal et maxillo-facial consultant, dans le cadre d'activités d'enseignement, de recherche ou d'intérêt scientifique.

1.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut soumettre une demande de considération spéciale :

- a) pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au tarif déjà fixé pour cet acte;
- b) pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré;
- c) pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

Une demande de considération spéciale est soumise au moyen d'un relevé d'honoraires qui indique **le montant des honoraires demandés**; elle comporte, en outre, les renseignements appropriés qui permettent de l'apprécier.

La Régie effectue le paiement du relevé d'honoraires.

La Régie fixe le montant dû au chirurgien buccal et maxillo-facial, le cas échéant, elle majore le montant des honoraires demandés ou obtient un remboursement.

Advenant un remboursement, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut logger un différé en contestation de la décision de la Régie.

AVIS : Voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte ainsi que la section 3.2.6 Facturation des soins d'urgence (Honoraires majorés), sous le même onglet.

1.3 La rémunération pour l'acte et le coût de la substance lors d'une anesthésie locale ou régionale est comprise dans la rémunération de l'acte qui l'a nécessitée, à moins qu'il n'en soit fait mention différente au tarif.

1.4.1 Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à soixante-six et deux tiers pourcent ($66\frac{2}{3}\%$) du tarif établi.

AVIS : *Inscrire le modificateur 066 dans la case MODIF.*

1.4.2 Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cinquante-quatre pourcent (54 %) du tarif établi.

AVIS : *Dans tous les cas, indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro du professionnel anesthésiste et inscrire le modificateur 054 dans la case MODIF.*

1.5 Pour les fins d'identification, les dents sont numérotées comme suit :

Dents permanentes

(supérieur droit)

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

(supérieur gauche)

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

(inférieur droit)

(inférieur gauche)

Dents primaires

(supérieur droit)

55	54	53	52	51
85	84	83	82	81

(supérieur gauche)

61	62	63	64	65
71	72	73	74	75

(inférieur droit)

(inférieur gauche)

Dent surnuméraire

Toute dent ne correspondant pas au tableau ci-dessus selon le nombre est, lors d'une même intervention, numérotée comme suit : 01 pour la première, 02 pour la seconde et ainsi de suite.

1.6 Sont dites antérieures, la centrale, la latérale et la canine.

1.7 L'inscription au dossier des éléments suivants est partie essentielle de la rémunération prévue à l'entente :

- a) les éléments pertinents de l'anamnèse;
- b) les données pertinentes résultant de l'observation;
- c) le cas échéant :
 - les clichés radiologiques
 - la prescription de médicaments
 - le procédé opératoire

Supplément par personne assurée

1.8 Un supplément par personne assurée est payé pour tout acte posé, **en cabinet privé**, le dimanche et les jours fériés ci-après énumérés, ainsi que pour celui posé entre 23 heures et 7 heures les autres jours.

94400 Supplément par personne assurée 20,00

Sont fériés les jours suivants :

1^{er} janvier
 2 janvier
 Vendredi saint
 Lundi de Pâques
 Journée nationale des patriotes
 Fête nationale du Québec
 Fête du Canada
 Fête du Travail
 Action de grâces
 24 décembre
 25 décembre
 26 décembre
 31 décembre

1.9 Le chirurgien buccal et maxillo-facial auquel un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

L'indemnité est de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

AVIS : Utiliser le code d'acte **94520**.

Inscrire l'identification de l'une des personnes assurées ayant reçu des soins.

Inscrire le code du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dans la case CODE de la section Établissement.

Inscrire, dans la case UNITÉS, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle). Dans le cas où il s'agit d'un déplacement de 100 kilomètres et plus, inscrire 99 dans la case UNITÉS et le nombre de kilomètres réels parcourus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Voir onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.8 Facturation des frais de déplacement.

1.10 Supplément pour enfant de moins de six ans

Lorsque des services assurés sont dispensés à un enfant de moins de six ans, un supplément par séance est payé au chirurgien buccal et maxillo-facial. Toutefois, si au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

+ 94540 Supplément pour enfant de moins de six ans. 7,50

1.11 Supplément pour l'asepsie

Lorsque des services assurés sont dispensés à une personne assurée en cabinet privé et sont facturés à la Régie, un supplément pour l'asepsie est payable par séance. Pour les prothèses dentaires, cette règle s'applique seulement une fois lors de la mise en bouche. Cette règle ne s'applique pas si au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale.

+ 94541 Supplément pour l'asepsie 6,50

2.0 La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

1. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés ou, si cela est plus avantageux, au forfait de l'urgence. Le chirurgien buccal et maxillo-facial indique au relevé d'honoraires le nom du professionnel qui l'a appelé et l'heure de l'appel.

L'horaire de garde comprend : en semaine, la période comprise entre 19 heures et 7 heures; le week-end; et les jours fériés.

2. Les honoraires majorés sont établis comme suit :

- La majoration est de la moitié pour les soins donnés entre minuit et 7 heures et du tiers, pendant le reste de l'horaire de garde.
- On détermine la majoration en regard de l'heure du début du service rendu.
- La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

AVIS : *Modificateurs devant être utilisés lors de la facturation des soins d'urgence.*

(MODIF.=017) :
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de la 1/2)

(MODIF.=018) :
SOIR, du lundi au vendredi, de 19 heures à minuit (majoration de 1/3)

(MODIF.=019) :
WEEK-END (samedi et dimanche) et les JOURS FÉRIÉS de 7 heures à minuit (majoration de 1/3)

Inscrire le modificateur approprié dans la case MODIF, ainsi que le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés).

Identifier l'établissement où les services ont été rendus.

- Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

- + 3. Le forfait de l'urgence est de 100,45 \$ entre minuit et 7 heures et de 60,50 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.
- + Un forfait de l'urgence de 60,50 \$ est également payé au chirurgien buccal et maxillo-facial qui se rend au centre hospitalier pour des soins d'urgence le jour en semaine.
- + Ce forfait est un honoraire global : sont compris tous les soins donnés par le chirurgien buccal et maxillo-facial pendant le temps qu'il a passé au centre hospitalier.

AVIS : *Pour facturer le forfait de l'urgence, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*

94401 : de minuit à 7 heures = 100,45 \$

94402 : de 7 heures à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés, et de 19 heures à minuit les autres jours = 60,50 \$

94403 : de 7 heures à 19 heures en semaine = 60,50 \$

À l'heure de début, ajouter dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel.

Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence.

4. Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier du centre hospitalier qui coïncide avec la date d'une fête légale ou, si elle tombe le week-end, le jour de sa célébration.

Les fêtes légales sont les 1^{er} et 2 janvier, le lundi de Pâques, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du Travail, l'Action de grâces, la fête de Noël et le 26 décembre.

AVIS : *Si un jour de congé férié survient durant le week-end, la date de célébration retenue par votre établissement peut être différente de celle fixée par la Régie. Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Voir à la fin du présent onglet le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés.*

2.01 Visite

+01302 Visite pour traitement médical 32,00

+ La visite pour traitement médical est celle faite à un patient hospitalisé dont il est le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant pour un examen ou un traitement médical. Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit indiquer au relevé d'honoraires le motif de la visite, le diagnostic et, le cas échéant, le traitement.

+ Les visites pour traitement médical s'appliquent à tout suivi post examen complet, consultation ou post opératoire. Le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à un maximum de neuf (9) visites de traitement au cours des 365 jours suivant l'examen complet, la consultation ou l'intervention chirurgicale, dont trois (3) visites peuvent être facturées au cours des deux (2) premiers mois et six (6) autres visites au cours des dix (10) mois suivant, sous réserve d'un maximum d'une (1) visite de traitement par mois.

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le motif de la visite, le diagnostic ainsi que le traitement s'il y a lieu.*

Inscrire le numéro de l'établissement où la visite est rendue. Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

+01603 Visite de contrôle 32,00

+ La visite de contrôle en centre hospitalier est celle faite par le chirurgien buccal et maxillo-facial pour contrôler l'évolution de l'état d'un patient, qu'il en soit ou non le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant.

+ Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui revoit un patient chez lequel il a pratiqué une chirurgie peut se prévaloir du tarif de la visite de contrôle, sauf lorsqu'il s'agit des chirurgies suivantes :

- Ablation de dent ou de racine;
- Alvéolectomie, tubéroplastie, alvéoloplastie et gingivectomie;
- Exérèse d'excès de muqueuse;
- Ablation de torus;
- Traitement de glandes salivaires.

+ Les visites de contrôle s'appliquent à tout suivi post examen complet, consultation ou post opératoire. Le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à un maximum de neuf (9) visites de contrôle au cours des 365 jours suivant l'examen complet, la consultation ou l'intervention chirurgicale, dont trois (3) visites peuvent être facturées au cours des deux (2) premiers mois et six (6) autres visites au cours des dix (10) mois suivant, sous réserve d'un maximum d'une (1) visite de contrôle par mois.

AVIS : *Inscrire le numéro de l'établissement où la visite est rendue. Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus.*

DIAGNOSTIC

2.1 L'observation faite lors de l'exécution du plan de traitement n'est pas réputée être un examen.

L'examen

2.2 L'examen est l'analyse de l'état buccal et maxillo-facial de la personne assurée par un chirurgien buccal et maxillo-facial, comprenant :

- 1) l'anamnèse pertinente;
- 2) l'observation de l'ensemble de la structure buccale et maxillo-faciale;
- 3) l'image radiologique, si nécessaire;
- 4) les recommandations à la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments;
- 5) l'inscription au dossier des données significatives

+ 01120	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	46,75
+ 01130	Examen d'une personne assurée de 12 ans et plus	58,25

AVIS : *L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, rendus en urgence, doivent être facturés sur la même demande de paiement et la lettre « D » doit être inscrite dans la case C.S. (réf. : paragraphe 2.2 de l'onglet Personnes assurées).*

2.3 Le chirurgien buccal et maxillo-facial convient pour une même personne assurée de ne réclamer aucun autre examen, à moins qu'il ne se soit écoulé **365 jours** depuis le premier examen.

Toutefois, lorsque la personne assurée est suivie pour des fins oncologiques par un chirurgien buccal et maxillo-facial en établissement, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut réclamer un deuxième examen par période de 365 jours. Les établissements visés sont ceux désignés au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

+ 01121	Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans aux fins d'oncologie	46,75
+ 01131	Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans et plus aux fins d'oncologie.	58,25

AVIS : *La liste des établissements désignés se trouve à l'annexe VIII de l'onglet Rémunération à l'acte.*

L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, rendus en urgence, doivent être facturés sur la même demande de paiement et la lettre « D » doit être inscrite dans la case C.S. (réf. : paragraphe 2.2 de l'onglet Personnes assurées).

Examen d'urgence

2.4 L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé buccale ou maxillo-faciale en raison d'une condition particulière qui selon le chirurgien buccal et maxillo-facial ou le patient exige une attention immédiate et comprenant :

- 1) l'anamnèse pertinente;
- 2) l'observation de l'ensemble ou d'une partie de la structure buccale et maxillo-faciale;
- 3) l'image radiologique, si nécessaire;
- 4) les recommandations à la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments;
- 5) l'inscription au dossier des données significatives.

2.5 Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit indiquer sur sa demande de paiement le motif de l'examen d'urgence, si, au cours de la même séance, il n'a dispensé aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie.

+ 01300 examen d'urgence. 27,00

AVIS : *L'examen d'urgence et les services assurés de restauration, d'endodontie ou de chirurgie doivent être facturés sur la même demande de paiement. La présence d'un code de diagnostic dans la case appropriée de la demande de paiement **est requise** pour supporter l'examen d'urgence lorsque cet examen est fait seul et non suivi d'un autre service le même jour (voir onglet Diagnostics de votre manuel).*

Toutefois, si aucun code de diagnostic n'existe pour justifier la raison de l'examen d'urgence, le motif de l'examen doit être indiqué dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et la lettre « A » doit être inscrite dans la case C.S.

L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, rendus en urgence, doivent être facturés sur la même demande de paiement et la lettre « D » doit être inscrite dans la case C.S. (voir article 2.2 de l'onglet Personnes assurées).

Le non-respect de cet avis entraînera un refus de paiement

Consultation

2.6 La consultation est l'examen clinique d'une personne assurée pratiqué par un chirurgien buccal et maxillo-facial à la suite de la demande d'un autre chirurgien buccal et maxillo-facial, d'un dentiste ou d'un médecin, qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le chirurgien buccal et maxillo-facial consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au chirurgien buccal et maxillo-facial traitant, au dentiste ou au médecin. Le rapport ainsi soumis est un compte rendu élaboré comprenant, entre autres, la description des symptômes, les résultats d'examen, le diagnostic, le plan de traitement et le pronostic.

Un maximum d'une (1) consultation par patient par 365 jours pour le même motif est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial.

AVIS : *Si une deuxième consultation est effectuée pour un motif différent à l'intérieur de 365 jours, joindre à votre demande de paiement une copie des deux rapports de consultation et inscrire la lettre « N » dans la case C.S.*

Une consultation ne peut être facturée à titre de visite de contrôle ou d'examen.

2.7 Abrogé.

2.8 Lorsqu'un chirurgien buccal et maxillo-facial sollicite une consultation, il fournit l'image radiologique obtenue à l'occasion de son examen.

93220	Consultation : personne assurée de moins de 12 ans	75,00
93230	Consultation : personne assurée de 12 ans et plus	75,00

AVIS : *Voir la section 3.2.2.2 sous l'onglet Rémunération à l'acte.*

Radiographie

2.9 La rémunération de la radiographie, soit le coût du matériel, la prise de radiographie et l'interprétation, est comprise dans la rémunération de l'examen, de l'examen d'urgence, de la consultation ou de tout autre service assuré rendu à la personne assurée.

RESTAURATION

AVIS : - *Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant de moins de dix (10) ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

- *Voir les règles d'application 1.4.1 et 1.4.2.*

- *Lorsqu'il y a reprise des actes d'obturation et de couronne à l'intérieur de la période prévue, la lettre « A » ou « N » doit être inscrite dans la case C.S. et la demande doit être accompagnée d'une note explicative justifiant la reprise de ces actes.*

Le non-respect de cet avis entraînera un refus de paiement.

3.1 La rémunération pour un acte de restauration comprend tout procédé nécessaire à son accomplissement, notamment le coût de tout matériau à l'exception de ceux spécifiquement mentionnés au tarif.

3.2 Lors d'un acte de restauration ou d'endodontie sur les dents centrales et latérales primaires d'une personne assurée âgée de 9 ans et plus et sur les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée de 12 ans et plus, le chirurgien buccal et maxillo-facial fournit une note explicative sur la demande de paiement.

3.3 La rémunération du polissage est comprise dans la rémunération de la restauration.

Restauration sur dent antérieure

AVIS : *Inscrire le numéro de dent et le numéro de surface dans la colonne surface (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

3.4 Les services de restauration sur les dents antérieures sont identifiés et rémunérés comme suit :

Codes			Numéro de surface		
+ 21231	Amalgame	Classe I	incisive	89	40,50
+ 21231			linguale	92	40,50
+ 21232		Classe III	mésiale	90	81,25
+ 21232			distale	91	81,25
+ 23101	Matériau esthétique	Classe I	incisive	89	68,00
+ 23101			linguale	92	68,00
+ 23103		Classe III	mésiale	90	76,75
+ 23103			distale	91	76,75
+ 23104		Classe IV	mésiale	95	138,00
+ 23104			distale	96	138,00
+ 23102		Classe V	buccale	93	68,00
+ 23102			linguale	94	68,00
+ 23105	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97	184,00
+ 23108	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87	188,00

3.5.1 Pendant une période de cent quatre-vingts (180) jours, aucune combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne devra excéder les honoraires rattachés à la reconstitution complète du tiers incisif.

AVIS : *Depuis le 1^{er} avril 2003, vous devez facturer le montant selon le tarif applicable pour chaque code d'acte d'obturation dispensé sur une dent antérieure. Toutefois, la combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne doit pas excéder les honoraires correspondant au code d'acte 23105 (reconstitution complète du tiers incisif). La Régie fera elle-même le total des honoraires auxquels vous avez droit et ajustera le montant, s'il y a lieu.*

3.5.2 Sur une dent antérieure, un même service d'obturation est rémunéré une fois par trois cent soixante-cinq (365) jours sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur une dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

3.5.3 Une couronne préfabriquée ou une facette ne constitue pas une reconstitution complète d'une dent.

Restauration sur dent postérieure

3.6 Lorsqu'une ou plusieurs cavités sur une surface ne s'étendent pas au-delà du premier tiers (1/3) d'une autre surface qui lui est contiguë, cette ou ces cavités est (sont) réputée(s) être située(s) sur une même surface.

Sous réserve de ce qui précède, lorsqu'une cavité s'étend sur plusieurs surfaces contiguës, la rémunération de l'obturation correspond à celle fixée pour chaque combinaison de surfaces mentionnée ci-dessous.

3.7 Pour fins de rémunération sur les molaires primaires, les molaires permanentes et les prémolaires, les surfaces sont identifiées comme suit :

a) cinq (5) surfaces	- mésiale	- 10
	- buccale	- 11
	- occlusale (incisive)	- 12
	- linguale	- 13
	- distale	- 14
b) huit (8) combinaisons de deux (2) surfaces	- MO	- 20
	- DB	- 21
	- DL	- 22
	- MB	- 23
	- DO	- 24
	- ML	- 25
	- OB	- 26
	- OL	- 27
c) dix (10) combinaisons de trois (3) surfaces	- MOD	- 30
	- DOB	- 31
	- DOL	- 32
	- MDB	- 33
	- MDL	- 34
	- MLB	- 35
	- MOB	- 36
	- DLB	- 37
	- MOL	- 38
	- OLB	- 39
d) cinq (5) combinaisons de quatre (4) surfaces	- MOBL	- 40
	- DOBL	- 41
	- MODB	- 42
	- MODL	- 43
	- MDBL	- 44
e) une (1) combinaison de cinq (5) surfaces	- MODBL	- 50

3.8 Le tarif pour un service d'obturation sur les molaires primaires, les molaires permanentes et les prémolaires est établi selon une valeur de base plus une valeur additionnelle par surface obturée.

3.9 Une seule valeur de base est rémunérée par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

3.10 Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de trois cent soixante-cinq (365) jours sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur une dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

AVIS : *Le code de valeur de base doit être inscrit sur la même demande de paiement que le code d'obturation sur une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.*

Le code de valeur de base doit être accompagné du numéro de dent seulement (et non du numéro de surface).

Tous les autres codes d'obturation doivent être accompagnés d'un numéro de dent et d'un numéro de surface.

En amalgame

Molaire primaire

21999	valeur de base	16,50
+ 21101	une surface	23,75
+ 21102	deux surfaces	63,50
+ 21103	trois surfaces	79,75
+ 21104	quatre surfaces	106,50
+ 21105	cinq surfaces	141,25

Prémolaire

21999	valeur de base	16,50
+ 21211	une surface	23,75
+ 21212	deux surfaces	66,00
+ 21213	trois surfaces	82,25
+ 21214	quatre surfaces	112,25
+ 21215	cinq surfaces	146,25

Molaire permanente

21999	valeur de base	16,50
+ 21221	une surface	36,75
+ 21222	deux surfaces	76,50
+ 21223	trois surfaces	105,75
+ 21224	quatre surfaces	132,47
+ 21225	cinq surfaces	175,00

En matériau esthétique

3.11 Un service d'obturation en matériau esthétique est rémunéré sur une surface buccale ou mésiale d'une prémolaire supérieure.

23999	valeur de base	16,50
+ 23301	une surface	56,25
+ 23302	deux surfaces	102,50

AVIS : *Surfaces 10 et 11 pour l'acte 23301 et surface 23 pour l'acte 23302.*

Tenon par restauration

AVIS : *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

+ 21301	un tenon	20,25
+ 21302	deux tenons	31,50
+ 21306	trois tenons ou plus	44,25

Couronne préfabriquée

AVIS : - Voir les règles d'application 1.4.1 et 1.4.2.

- Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).

3.12 La couronne préfabriquée est rémunérée une fois par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

Matériau esthétique

+ **27421** sur antérieure primaire. 128,00

Métallique

+ **27401** antérieure primaire. 128,00
 + **27403** postérieure primaire. 128,00
 + **27411** antérieure permanente 128,00
 + **27413** postérieure permanente 145,00

Métallique fenêtrée

+ **27415** antérieure primaire. 180,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

3.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial qui a procédé à la confection et à la mise en place de ladite couronne ne s'applique que lorsqu'il s'est écoulé cent quatre-vingt (180) jours depuis la cimentation ou la recimentation de la couronne.

AVIS : *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

+ **29101** recimentation d'une couronne préfabriquée 64,75

ENDODONTIE

AVIS : - Les services d'endodontie sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de 10 ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

- Voir les règles 1.4.1 et 1.4.2.

Pansement sédatif

4.1 Le pansement sédatif consiste à la mise en place d'une obturation provisoire dans le cas d'une fracture dentaire ou pour soulager la douleur d'une dent symptomatique (incluant le coiffage de pulpe direct ou indirect). Le pansement sédatif ne peut être utilisé qu'une seule fois sur une même dent par période de 180 jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

AVIS : *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

+ **31111** pansement sédatif 56,75

Endodontie sur dent primaire

4.2 La pulpotomie sur dent primaire se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent.

+ **32211** Pulpotomie sur dent primaire. 71,25

4.3 La pulpectomie sur dent primaire se dit de tout traitement de la partie coronaire et radiculaire de l'endodonte des dents primaires.

+ **32310** Pulpectomie sur dent primaire. 71,25

Endodontie sur dent permanente

AVIS : *Ce service est considéré assuré pour le compte d'un enfant de moins de 10 ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours âgé de moins de 13 ans qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services (Règles d'application 4.5, 4.6 et 4.7 seulement).*

4.4 La pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent.

33150 Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale 114,45

AVIS : *Inscrire le numéro de l'établissement ou de la clinique d'anesthésie générale dans la case ÉTABLISSEMENT.
La liste des cliniques se trouve à l'annexe VII de l'onglet Rémunération à l'acte.*

4.5 Le traitement pour apexification (insertion de média dentinogénique en vue de la fermeture de l'apex) n'est payable qu'une seule fois.

+ **33501** Un canal 294,00

+ **33502** Deux canaux 377,00

+ **33503** Trois canaux. 455,00

+ **33504** Quatre canaux et plus. 537,00

AVIS : *Le chirurgien dentiste ou buccal responsable de l'acte doit joindre la radiographie démontrant les 4 canaux ou plus pour les codes 33004 et 33504. L'omission de transmettre le document entraînera un refus de paiement.*

Traitement de canal sur dent permanente avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent.

4.6 La rémunération pour le traitement de canal d'une dent permanente avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent comprend la rémunération pour :

- 1) la pulpectomie
- 2) la préparation biomécanique
- 3) le traitement chimiothérapeutique
- 4) l'obturation canalairale avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent.

+ **33001** Un canal 349,00

+ **33002** Deux canaux 498,00

+ **33003** Trois canaux 637,00

+ **33004** Quatre canaux et plus. 843,00

4.7 Lorsqu'un traitement de canal en cours ne peut être terminé pour l'une des raisons suivantes, soit un déménagement, le décès de la personne assurée, l'abandon du traitement par la personne assurée ou le changement de dentiste, une demande de paiement doit être accompagnée d'une note explicative rédigée sur la demande de paiement.

+ **33999** Traitement de canal partiel sur dent permanente 68,75

4.8 Traitement d'urgence

+ **39910** Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire 62,50

CHIRURGIE

5.1 Abrogé.

5.2 La rémunération pour l'enlèvement de point(s) de suture, pour l'immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (76939), pour la réimplantation d'une dent complètement exfoliée (76940) effectué par un chirurgien buccal et maxillo-facial autre que celui qui a suturé est comprise dans la rémunération de son examen.

5.3 Abrogé.

5.4 À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsqu'au cours d'une séance, plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une personne assurée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial, ces actes sont rémunérés à raison de 100 % du tarif établi pour le premier acte ou pour l'acte le plus tarifé et de 50 % du tarif établi pour chacun des autres actes.

AVIS : *Inscrire le modificateur 050 (50 %) dans la case MODIF.*

Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux actes suivants :

- a) Ablation simple de dent;
- b) Ablation simple de racine dentaire;
- c) Prise greffons osseux ou graisseux;
- d) Mise en place et ablation de distracteurs cranio-maxillo-faciaux;
- e) Mise en place de prothèse allopastique cranio-maxillo-faciale;
- f) Mise en place et ablation de fixation inter-maxillaire ou d'attelle pré-prothétique.

5.5 Lorsqu'au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial répète un acte tarifé au centimètre, la rémunération pour ces actes est celle fixée pour le nombre de centimètres correspondant à la somme des centimètres effectués.

AVIS : *Cette règle d'application s'applique peu importe le site.*

5.6 Si au cours d'une même hospitalisation, la personne assurée subit une nouvelle intervention par le même chirurgien buccal et maxillo-facial :

- a) la rémunération est fixée à 100 % du tarif établi si cette nouvelle intervention n'est pas reliée à la première intervention ou n'en résulte pas;

AVIS : *Inscrire le modificateur 010 (100 %) dans la case MODIF.*

- b) la rémunération est fixée à 50 % du tarif établi si cette nouvelle intervention est reliée à la première ou en résulte sauf dans le cas d'alvéolite et de contrôle d'hémorragie.

AVIS : *Inscrire le modificateur 048 (50 %) dans la case MODIF.*

5.7 Dans le cas spécifique d'une réduction fermée suivie, au cours d'une même séance, d'une réduction ouverte pour une même fracture, seule la réduction ouverte est payable à 100 %. Toute autre combinaison d'actes impliquant une réduction fermée ou une réduction ouverte est assujettie à la règle d'application 5.4.

5.8 Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le chirurgien buccal et maxillo-facial requiert l'assistance d'un autre chirurgien buccal et maxillo-facial ou d'un dentiste, la rémunération de ce dernier, résidents exceptés, eu égard aux actes pour lesquels sa présence a été requise est fixée à 25 % du tarif établi pour l'acte le mieux rémunéré et à 12,5 % du tarif établi pour les autres actes.

AVIS : *Inscrire le modificateur 050 (12,5 % pour l'assistant en rôle 4) dans la case MODIF.*

Il en est de même du chirurgien buccal et maxillo-facial qui assiste un médecin chirurgien dans le cadre d'une chirurgie de la tête et du cou (les chirurgies incidentes comprises); dans ce cas, le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à la rémunération prévue à l'alinéa précédent.

AVIS : *L'assistant-chirurgien buccal et maxillo-facial doit s'assurer que sa demande de paiement comporte le même acte (même nomenclature) que celle du chirurgien buccal et maxillo-facial principal.*

Cependant, le chirurgien buccal et maxillo-facial qui assiste un médecin chirurgien doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

Forfait pour chirurgie complexe

5.8.1 Les cas de traumatologie, de reconstruction ou d'oncologie d'une durée anesthésique de six heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucuns autres honoraires ne peuvent alors être réclamés par le chirurgien maxillo-facial à l'égard de ce patient dans la même journée. La majoration de soir et de nuit n'est pas applicable.

75994	Durée anesthésique de 6 à 8 heures au total	1 894,00
75995	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total	2 166,00
75996	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total	2 707,00
75997	Durée anesthésique de plus de 12 heures	3 519,00

5.9 Si, à la suite d'une ablation de dent ou de racine, le chirurgien buccal et maxillo-facial procède au cours de la même séance à la correction de pointe osseuse ou de septum (alvéoloplastie), la rémunération pour cette correction est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de racine.

5.10 Lorsqu'une dent se brise au cours de son ablation et qu'il y a ablation de racine de cette dent au cours de la même séance, la rémunération pour l'ablation de cette racine est comprise dans la rémunération de l'ablation de la dent suivant la technique utilisée.

5.11 Lorsqu'au cours d'une même séance, il y a « ablation de dent ou de racine nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture » au même site qu'une ablation de kyste ou de granulome ou au même site qu'une alvéolectomie ou une tubéroplastie, la rémunération pour l'ablation de dent ou de racine est fixée au tarif établi pour l'ablation simple de dent ou l'ablation simple de racine, selon le cas.

5.12 La rémunération pour l'ablation de dent primaire sans anesthésie est comprise dans la rémunération de l'acte principal.

ABLATION DE DENT

AVIS : - Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de 10 ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

- Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).

Ablation simple de dent

AVIS : Le fait qu'une ablation simple exige des points de suture n'en fait pas une ablation complexe.

	sous anesthésie locale ou régionale :	
+71101	première dent	83,75
+71111	chaque dent additionnelle.	58,75
	sous anesthésie générale :	
+71401	première dent.	83,75
+71411	chaque dent additionnelle.	58,75

Ablation complexe de dent (comprenant ablation du sac adamantin ou folliculaire si indiqué)

+72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie.	147,50
+72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux.	132,00
+72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	176,00

Ablation de dent dont la surface occlusale est couverte par le tissu osseux :

+72230	entièrement couverte	253,00
	partiellement couverte :	
+72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale	283,00
+72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée	283,00

ABLATION DE RACINE

AVIS : - Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de 10 ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

- Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

+ **Ablation simple de racine dentaire** (une ou plusieurs racines d'une même dent)

AVIS : Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

	sous anesthésie locale ou régionale :	
+72300	première dent	73,75
+72311	chaque dent additionnelle	73,75

	sous anesthésie générale :	
+72351	première dent	73,75
+72361	chaque dent additionnelle	73,75

Ablation complexe de racine dentaire

AVIS : *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

+72320	ablation complexe de racine dentaire nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture (une ou plusieurs racines d'une même dent)	147,50
--------	--	--------

Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire incluant les substances alloplastiques (à l'exception de l'ablation d'attelle et d'implants dentaires)

75350	dans le tissu osseux	116,05
-----	dans le tissu mou sans anesthésie (rémunération comprise dans le tarif de l'examen)	
75360	dans le tissu mou avec anesthésie	48,75

79301	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. kystes, polypes) par antrostomie	309,35
-------	--	--------

Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux

+72412	avec appareil de traction	480,00
+72411	sans appareil de traction	208,00

AVIS : *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

Incision ou drainage d'un abcès

+75100	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain	48,50
+75101	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain	202,00
+75200	incision extra-orale d'un abcès	202,00
+75220	drainage d'urgence d'un abcès parodontal	48,50

AVIS : *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

Traitement des ostéites

	Alvéolite (une ou plusieurs)	
	traitement par séance	
+79615	sans anesthésie	28,25
+79616	avec anesthésie	53,50

Ostéomyélite

traitement non-chirurgical

(rémunération comprise dans celle de l'examen)

traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)

75502	3 cm et moins	189,70
75503	plus de 3 cm à 4 cm	244,20
75504	plus de 4 cm à 6 cm	320,00
75505	plus de 6 cm à 9 cm	451,70
75506	plus de 9 cm	531,05

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Ablation et curetage de kyste ou de granulome intra-osseux nécessitant au préalable l'exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture

5.13 La rémunération pour l'excision d'une tumeur, d'un kyste ou d'un granulome effectuée par l'alvéole d'une dent ou d'un fragment dentaire dont l'ablation a été effectuée dans la même séance est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de fragment dentaire.

74421	1 cm et moins	219,25
74422	plus de 1 cm à 2 cm	321,10
74423	plus de 2 cm à 3 cm	423,20
74424	plus de 3 cm à 4 cm	502,60
74425	plus de 4 cm à 6 cm	618,65
74426	plus de 6 cm à 9 cm	848,60
74427	plus de 9 cm	1 020,50
+ 74428	Marsupialisation d'un kyste intra-osseux et son suivi	178,50
+ 74429	Évacuation d'un hématome / sérome cervico-facial dans une séance subséquente à l'acte chirurgical (limité à 1 par séance dans le cas du suivi d'une reconstruction)	255,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Biopsie

5.14 La rémunération pour une biopsie reliée à un acte chirurgical et effectuée dans la même séance que cet acte chirurgical est comprise dans la rémunération de cet acte.

	tissu osseux	
04311	par ponction	30,95
04312	par incision	112,50
	tissu mou	
04301	par ponction	22,15
04302	par incision	34,50
04330	biopsie cervicale par voie externe	110,60

Ablation de tumeur

tissu mou

74101	1 cm et moins	161,25
74102	plus de 1 cm à 2 cm	241,70
74103	plus de 2 cm à 3 cm	346,00
74104	plus de 3 cm à 4 cm	444,55
74105	plus de 4 cm à 6 cm	583,05
74106	plus de 6 cm à 9 cm	822,60
74107	plus de 9 cm	964,65

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

tissu osseux

74111	1 cm et moins	241,70
74112	plus de 1 cm à 2 cm	346,00
74113	plus de 2 cm à 3 cm	444,55
74114	plus de 3 cm à 4 cm	543,95
74115	plus de 4 cm à 6 cm	686,25
74116	plus de 6 cm à 9 cm	920,85
74117	plus de 9 cm	1 090,30

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Mandibulectomie

partielle

75531	3 cm et moins	341,35
75532	plus de 3 cm à 6 cm	385,15
75533	plus de 6 cm à 9 cm	431,40
75534	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
75535	plus de 12 cm à 15 cm	506,15
75536	plus de 15 cm	553,50
75540	totale	777,45

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Maxillectomie

partielle

+ 75551	3 cm et moins	341,35
+ 75552	plus de 3 cm à 6 cm	378,05
+ 75553	plus de 6 cm à 9 cm	419,65
+ 75554	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
+ 75555	plus de 12 cm à 15 cm	497,65
+ 75556	plus de 15 cm	543,95
+ 75560	totale.	640,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Chirurgie préprothétique

5.15 La rémunération pour les différents services reliés à la chirurgie préprothétique à l'exception de la mise en place et l'ablation d'attelle(s) ne peut excéder la rémunération accordée pour l'abaissement total du plancher de la bouche.

Abaissement total du plancher de la bouche

5.16 L'abaissement total du plancher de la bouche comprend l'extension des replis muqueux, l'ablation du tissu hyperplasique, l'ablation des apophyses géni, de la crête mylohyoïdienne, la réinsertion du muscle mylohyoïdien, la transposition et la décompression neurale, le prélèvement et la mise en place du greffon.

+ Le chirurgien buccal et maxillo-facial n'a droit à la rémunération de l'abaissement total du plancher de la bouche en plus d'une séance qu'aux conditions suivantes :

- une ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne a été effectuée lors de la première séance;
- lorsqu'il y a ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne l'une ou l'autre ou les deux doivent être effectuées lors de la première séance;
- un délai d'au moins 45 jours doit intervenir entre la première séance et la séance subséquente;

+ 73202	une séance (avec greffe muqueuse)	915,10
+ 73203	une séance (avec greffe épidermique)	915,10
+ 73204	plus d'une séance (avec greffe muqueuse)	1 026,55
+ 73205	plus d'une séance (avec greffe épidermique).	1 026,55

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

Extension des replis muqueux

avec greffe muqueuse

+ 73421	3 cm et moins	162,35
+ 73422	plus de 3 cm à 6 cm	253,75
+ 73423	plus de 6 cm à 9 cm	324,65
+ 73424	plus de 9 cm	437,45

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

avec greffe épidermique

+ 73401	3 cm et moins	139,90
+ 73402	plus de 3 cm à 6 cm	220,35
+ 73403	plus de 6 cm à 9 cm	299,75
+ 73404	plus de 9 cm	402,95

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

+ 73371	3 cm et moins	352,05
+ 73372	plus de 3 cm à 6 cm	396,95
+ 73373	plus de 6 cm à 9 cm	465,90
+ 73374	plus de 9 cm	566,65

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

+ 73381	3 cm et moins	92,00
+ 73382	plus de 3 cm à 6 cm	139,90
+ 73383	plus de 6 cm à 9 cm	209,70
+ 73384	plus de 9 cm	305,75

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

+ 77505	ablation des apophyses géni	162,35
---------	---------------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

+ 73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale)	199,00
---------	---	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

+ 73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	254,85
---------	--	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

Alvéolectomie et tubéroplastie

5.17 La rémunération pour l'alvéolectomie inclut la rémunération pour l'ablation de tissu osseux, l'alvéoloplastie et la correction des muqueuses.

Pour les fins de l'entente, l'alvéolectomie consiste en l'exérèse du procès alvéolaire, pour corriger la hauteur ou la largeur de la crête et obtenir ainsi une conformation normale.

L'alvéolectomie est rémunérée lorsqu'elle est effectuée dans une séance différente ou dans un site différent d'une ablation de dent.

Elle peut toutefois être rémunérée lorsqu'elle est effectuée dans la même séance et au même site qu'une ablation de dent lorsqu'il y a une malformation osseuse nécessitant l'alvéolectomie; en ce cas, le chirurgien buccal et maxillo-facial doit conserver au dossier les documents adéquats pour en faire la démonstration.

Dans tous les cas d'alvéolectomie, le compte rendu opératoire doit accompagner la demande de paiement.

AVIS : *L'omission de transmettre ce document entraînera un refus de paiement.*

Une demande de rémunération pour une tubéroplastie ne peut s'appliquer en même temps qu'une demande de rémunération pour une alvéolectomie effectuée dans la même région.

Alvéolectomie

73021	1 cm et moins	39,40
73022	plus de 1 cm à 3 cm	68,70
73023	plus de 3 cm à 6 cm	111,40
73024	plus de 6 cm à 9 cm	173,00
73025	plus de 9 cm à 12 cm	233,50
73026	plus de 12 cm	299,75

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

Tubérolastie (Unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)

73150	réduction muqueuse	71,45
73158	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu)	162,35
73159	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu)	202,55
73160	extension de la rétotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse).	264,45

Alvéoloplastie

5.18 La rémunération pour l'alvéoloplastie inclut la rémunération pour l'aplanissement de la crête alvéolaire (telles que pointes osseuses et irrégularités post-chirurgicales) et la correction des muqueuses.

Pour les fins de l'entente, l'alvéoloplastie consiste en l'aplanissement de la crête alvéolaire et la correction des muqueuses.

+ 73001	1 cm et moins	45,75
+ 73002	plus de 1 cm à 3 cm	91,50
+ 73003	plus de 3 cm à 6 cm	152,00
+ 73004	plus de 6 cm à 9 cm	198,00
+ 73005	plus de 9 cm à 12 cm	244,50
+ 73006	plus de 12 cm	305,00

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

Ablation de tissu hyperplasique (comprend l'incision des muqueuses, la dissection et l'ablation du tissu hyperplasique, le remplacement et l'adaptation des muqueuses)

73171	1 cm et moins	67,35
73172	plus de 1 cm à 3 cm	100,20
73173	plus de 3 cm à 6 cm	142,35
73174	plus de 6 cm à 9 cm	200,40
73178	plus de 9 cm à 12 cm	265,55
73176	plus de 12 cm à 15 cm	333,15
73177	plus de 15 cm	385,15

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

Exérèse d'excès de muqueuse (ablation globale sans dissection)

73181	1 cm et moins.	15,90
73182	plus de 1 cm à 3 cm	26,55
73183	plus de 3 cm à 6 cm	40,80
73184	plus de 6 cm à 9 cm	55,30
73187	plus de 9 cm à 12 cm	78,30
73186	plus de 12 cm	100,20

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

Ablation de torus

73133	maxillaire bilatéral	156,60
73134	mandibulaire unilatéral.	132,75

Traitement des glandes salivaires

79101	dilatation de canal (par séance)	59,95
	sialolithotomie par voie buccale	
79104	tiers antérieur du canal	96,65
79105	deux tiers postérieurs du canal	299,75
79110	sialolithotomie par voie externe	318,90
	ablation de glandes salivaires	
79106	sous-maxillaire.	396,95
79107	sub-linguale	299,75
79111	parotidectomie totale ou partielle sans dissection du nerf facial. . .	618,65
79112	parotidectomie totale ou partielle avec dissection du nerf facial. . .	920,85
79109	exérèse de grenouillette	208,60
79108	exérèse de mucocèle	82,10
79113	reconstruction du canal salivaire	396,95

Fermeture de communication bucco-sinusale

5.19 La rémunération pour la fermeture de communication bucco-sinusale dans la même séance que l'antrostomie est comprise dans la rémunération de l'antrostomie.

79306	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accolement ou glissement des muqueuses)	100,20
--------------	---	--------

AVIS : L'acte 79306 n'est pas soumis à l'application de la règle d'application 5.4.

79312	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule	451,70
--------------	---	--------

Frénectomie

-----	moins d'un an (rémunération incluse dans celle de l'examen)	
+ 77815	un an ou plus	168,00

Gingivectomie

5.20 La gingivectomie est rémunérée seulement dans le cas de gingivite hyperplasique résultant de l'absorption d'une substance médicamenteuse.

AVIS : *Préciser la substance médicamenteuse à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Gingivectomie

+42010	3 dents ou moins	165,00
+42011	4 dents à 6 dents	255,00
+42012	7 dents à 9 dents	420,00
+42013	10 dents à 12 dents	511,00
+42014	13 dents à 15 dents	766,00
+42015	16 dents et plus	766,00

Operculectomie

+72410	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	49,50
--------	--	-------

AVIS : *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

Contrôle d'hémorragie

5.21 La rémunération du contrôle d'hémorragie per-opératoire est comprise dans la rémunération de l'acte chirurgical.

+79405	par substance hémostatique et compression, par séance	74,00
+79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire) par séance	74,00

Réparation d'une laceration de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

76950	1 cm et moins	32,85
76951	plus de 1 cm à 3 cm	54,20
76952	plus de 3 cm à 6 cm	93,90
76953	plus de 6 cm à 9 cm	138,50
76954	plus de 9 cm à 12 cm	186,40
76955	plus de 12 cm à 15 cm	231,60
76956	plus de 15 cm à 18 cm	277,05
76957	plus de 18 cm à 21 cm	323,55
76958	plus de 21 cm	340,00

AVIS : *Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.*

réparation d'une lacération de part en part

76960	1 cm et moins	91,45
76961	plus de 1 cm à 3 cm	106,50
76962	plus de 3 cm à 6 cm	166,15
76963	plus de 6 cm à 9 cm	222,85
76964	plus de 9 cm à 12 cm	281,95
76965	plus de 12 cm à 15 cm	340,00
76966	plus de 15 cm à 18 cm	409,25
76967	plus de 18 cm à 21 cm	469,75
76968	plus de 21 cm	552,70

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Intervention sur le trijumeau

79208	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur.....	465,90
79203	Avulsion d'une branche du trijumeau	164,80
79204	Transposition et décompression neurale	277,30

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

79211	Alcoolisation d'une branche du trijumeau	106,50
79212	Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance)	53,40
79257	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon)	770,30
79259	Suture nerveuse (neurorraphie)	118,55
79402	Trachéotomie	218,15
79403	Intubation percutanée sous-mandibulaire	199,00

Fente palatine

S

+ 77731	Fermeture du voile	306,00
+ 77732	Fermeture du palais osseux en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans lambeau vomérien	459,00
+ 77733	Rallongement complémentaire du palais par myoplastie intravélaire	331,50
+ 77734	Lambeau pharyngé pour une cure d'incompétence vélo-pharyngée (pharyngoplastie)	306,00
+ 77735	Cure fistule résiduelle palatine	306,00
+ 77736	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une défectuosité du palais antérieur	510,00
+	Rhinoplastie primaire en présence d'une fente labiale	
+ 77738	unilatérale	382,50
+ 77739	bilatérale	510,00
+	Rhinoplastie secondaire par voie ouverte ou endonasale	
+ 77741	post-traumatologie	357,00
+ 77742	post-fente labiale	357,00

S

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

74224	Partielle	254,85
74226	Totale	489,45
77860	Glossectomie	108,95

Grefe osseuse

5.22 La rémunération pour la greffe dont le greffon est prélevé au site de l'ostéotomie est comprise dans la rémunération de l'ostéotomie.

La troisième (3^e) molaire (18-28-38-48) est non comptabilisée dans le décompte des centimètres de greffe.

La greffe osseuse n'est payable que dans les cas suivants :

- cas de traumatisme;
- cas d'atrophie généralisée ou localisée des maxillaires;
- cas de reconstruction de difformité congénitale;
- cas d'arthroplastie avec reconstruction condylienne accompagnée d'une partie de la branche montante;
- cas de tumeurs ou de kystes de plus de 4 cm;
- corticotomie.

La prise de greffon au site d'une ostéotomie ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires.

La greffe au poinçon ou au tréphine ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires.

AVIS : Lors de la facturation de greffe osseuse, veuillez inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la raison de la greffe, le site de la prise du greffon et le site précis de la greffe osseuse (exemples : région 11, régions 22 à 25 ou région symphyse mentonnière, etc.). Inscrire la lettre « A » ou « N » dans la case C.S. (voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte).

L'omission de ces informations entraînera un refus de paiement.

Le maximum de deux par maxillaire est applicable pour l'ensemble des greffes osseuses hétérogènes ou alloplastiques et autogènes. Dans les cas de greffes osseuses mixtes (autogéniques et allogéniques) au même site, seule la greffe la mieux rémunérée est payable.

74445	greffe osseuse hétérogène ou alloplastique, excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	153,00
	greffe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74452	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74454	plus de 4 cm	920,20
	greffe autogène de reconstruction oro-faciale pour correction d'anomalies congénitales, oncologiques ou post-traumatiques (max de 2 par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
74456	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74457	plus de 4 cm	920,20
	greffe autogène de reconstruction pour perte osseuse alvéolaire ou de pneumatisation sinusale au maxillaire supérieur ou à la mandibule (non simultanée à une ou plusieurs extractions dentaires) (max de 2 greffes par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
74458	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74459	plus de 4 cm	920,20

	prise du greffon (un ou plusieurs) (Les tarifs de la prise du greffon ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4).	
74308	Greffon prélevé au niveau intra-oral	82,60
	Greffon prélevé au niveau extra-oral :	
74309	Crête iliaque postérieure	433,50
74310	Prélèvement costo-chondral	433,50
74311	Crête iliaque antérieure	331,50
74312	Prélèvement tibial	165,25
74313	Prélèvement pariétal	165,25
74314	Greffon de tissu adipeux pour insertion en reconstruction articulaire	102,00

Réduction de fracture

5.23 La rémunération pour une réduction ouverte inclut la rémunération pour l'ostéosynthèse.

Arcade zygomatique et/ou os malaire

76701	élévation simple trans-cutanée	344,90
77700	réduction fermée	344,90
76703	élévation par approche de Gillies	344,90
77701	réduction ouverte avec fixation interne 1 site	574,85
77702	réduction ouverte avec fixation interne 2 sites	673,40
77703	réduction ouverte avec fixation interne 3 sites	821,25

La rémunération pour une réduction de fracture de l'arcade zygomatique et de l'os malaire par voie sinusale comprend la rémunération de l'antrostomie nasale.

Nez

	sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)	
76503	réduction simple	109,50
76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses	250,50

Maxillaire

	Le Fort I (demi ou complet)	
76310	réduction fermée	196,55
76312	réduction ouverte	357,50

Le Fort II (demi ou complet)

5.24 Abrogée (par l'Amendement n° 10).

76410	réduction fermée (unique ou multiple)	295,90
	réduction ouverte	
76420	unilatérale	503,70
76430	bilatérale	735,25
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprend l'intervention sur les tissus palpébraux)	
76511	unilatérale	503,70
76512	bilatérale	735,25
76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture	148,65
76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	295,90
76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert	503,70
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
76413	unilatérale	503,70
76414	bilatérale	735,25
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
76421	unilatérale	683,80
76431	bilatérale	916,75
	Le Fort III	
76810	réduction fermée	517,65
	réduction ouverte (rémunération incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance).	
79050	Lambeau bicoronal	314,80
76551	Réduction de l'os frontal	535,15
76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse).....	251,85
	Mandibulaire	
76210	réduction fermée (unique ou multiple)	382,70
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
76221	approche intra-orale	686,25
76222	approche extra-orale	686,25
76223	approches intra et extra-orales	1 037,50
	deux sites :	
76231	approche intra-orale	914,30
76232	approche extra-orale	914,30
76233	approches intra et extra-orales	1 373,90
	trois sites et plus :	
76241	approche intra-orale	1 071,70
76242	approche extra-orale	1 071,70
76243	approches intra et extra-orales	1 605,50
76260	Condyle (réduction ouverte)	790,50
+ 76245	Réduction ouverte de la fracture mandibulaire en anse de seau (bilatérale chez un édenté complet)	1055,70
+ 76250	Forfait par site pour la réduction de la fracture mandibulaire avec perte de continuité ou dans un site édenté avec atrophie sévère (moins de 1 cm de hauteur verticale de la mandibule au site de la fracture).....	306,00
	Ce forfait est payable en sus des codes de réduction de fracture mandibulaire.	

Orbite

5.25 La rémunération pour la réduction du plancher de l'orbite par voie sinusale dans la même séance qu'une réduction de l'os malaire ou de l'arcade zygomatique par voie sinusale est comprise dans la rémunération de la réduction de l'os malaire ou de l'arcade zygomatique par voie sinusale. La rémunération comprend la substance alloplastique.

	Plancher	
76520	par voie sinusale	503,70
76510	par voie externe.	379,15
76530	avec plastie	562,80
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
76521	latérale	503,70
76522	médiane.	503,70
76523	supérieure	562,80

Os alvéolaire

5.26 La rémunération pour la réduction ouverte ou fermée d'une fracture alvéolaire comprend la rémunération pour le remplacement des dents et leur immobilisation.

Exérèse chirurgicale d'un séquestre alvéolaire fracturé (incluant l'ablation des dents attachées au(x) séquestre(s), s'il y a lieu).

76911	3 cm et moins	43,00
76912	plus de 3 cm à 6 cm	57,75
76913	plus de 6 cm	69,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	110,30
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	221,75
76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	277,00

AVIS : Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

76940	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	389,00
--------------	---	--------

AVIS : Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

Plaque de reconstruction mandibulaire et attelle osseuse

5.27 Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place de plaque de reconstruction ou d'attelle pour une réduction de fracture et immobilisation de dents ébranlées par traumatisme, la rémunération pour l'immobilisation des dents ébranlées par traumatisme est comprise dans celle de la réduction de fracture.

5.28 La rémunération pour la mise en place de plus d'une plaque de reconstruction dans une même séance correspond à 100 % du tarif fixé pour la première plaque de reconstruction et à 50 % pour la ou les suivantes.

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 (50 %) dans la case MODIF pour la facturation en R1. Inscrire le modificateur 050 (50 %) dans la case MODIF pour la facturation en R4.*

L'ablation de plaque de reconstruction et d'attelle osseuse faite au cours d'une même séance chirurgicale que la mise en place est incluse dans le tarif de la chirurgie.

La mise en place d'attelle osseuse est incluse dans le tarif de la chirurgie, à moins d'une mention différente aux règles d'application.

	mise en place d'une plaque de reconstruction	
76154	3 à 6 cm	344,65
76156	plus de 6 cm	574,45
79989	Ablation d'attelle osseuse : broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) dans une séance autre que la mise en place	127,50

Fixation inter-maxillaire et attelle pré-prothétique

La mise en place et l'ablation d'une fixation inter-maxillaire incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques, ne donnent droit qu'à la facturation du 1^{er} code de fixation inter-maxillaire au cours d'une même séance (maximum 1 payable par séance).

79990	Fixation inter-maxillaire par toute technique d'appareillage (incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques)	204,00
79991	Mise en place d'une attelle pré-prothétique (pour abaissement total du plancher buccal, vestibuloplastie ou ostéotomie pré-prothétique palatine)	204,00
79992	Ablation de la fixation inter-maxillaire ou de l'attelle pré-prothétique (incluant vis, suspensions, arches et fils métalliques) dans une séance autre que la mise en place (par site, maximum de 3 sites au maxillaire et 2 sites à la mandibule).	153,00

Les tarifs de la fixation inter-maxillaire et de l'attelle pré-prothétique ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4.

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

	Luxation	
78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	41,05
78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	59,95
78200	Ménisectomie totale	362,70
78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus)	474,10
78300	Condylectomie radicale (résection au col)	711,20
78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle	725,40

77160	Ablation de l'apophyse coronoïde	365,15
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
78600	médication intra-articulaire incluant la substance	71,15
78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire)	177,65
	Arthroscopie	
78401	arthroscopie diagnostique (lyse et lavage)	355,60
78410	arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée)	533,25
+ 78520	Injection de toxine botulinique à des fins fonctionnelles (ATM) (maximum d'une (1) injection par muscle et de six (6) muscles par séance)	66,30
+ 78521	Mise en place d'une prothèse de la fosse glénoïde (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante, et du col condylien, la condylectomie, la coronoïdectomie)	1861,50
+ 78522	Mise en place d'une prothèse condylienne (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante et du col condylien, la condylectomie, la coronoïdectomie)	1861,50
+ 78523	Cure d'ankylose (< 5 mm d'ouverture) de l'articulation temporo-mandibulaire (avec ou sans remplacement articulaire)	1249,50

Ostéotomie

Le maximum payable est de 3 ostéotomies par maxillaire, y compris les ostéotomies inter-dentaires

Mandibulaire

77121	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise du greffon	846,75
77451	segmentaire (unilatérale)	751,45
77422	segmentaire antérieur	751,45
77440	segmentaire préprothétique	494,10

Maxillaire

77310	Le Fort I (avec ou sans ostectomie), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise du greffon. (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	1 224,75
77411	segmentaire (unilatérale)	751,45
77412	segmentaire antérieur	751,45
77400	segmentaire préprothétique	784,55
77720	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur)	151,65
77320	Le Fort II	C.S.
77325	Le Fort III	C.S.
77315	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale).	399,40
77305	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort)	1 129,45

Ostéotomie inter-dentaire :

Pour les fins de l'entente, l'ostéotomie inter-dentaire consiste dans une section totale de la structure osseuse pour obtenir une mobilité complète d'une dent :

77610	au maxillaire	227,50
--------------	---------------------	--------

77611	à la mandibule	227,50
--------------	----------------------	--------

Corticotomie

	Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent. 77601 Corticotomie avec assistance orthodontique (maximum de 12 par maxillaire et ne peut être combinée à une ostéotomie au cours de la même séance)	102,50
--	--	--------

Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)

77452	repositionnement bilatéral	554,60
77453	diminution	416,10

PROTHÈSE ACRYLIQUE

AVIS : Ces services ne sont assurés que pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours. Toutefois, en vertu du règlement de la sécurité du revenu et de l'article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, les prestataires n'ont droit qu'à une prothèse complète ou partielle par maxillaire, par période de 8 ans.

De plus, le remplacement d'une prothèse complète ou partielle est permis en tout temps en cas de **perte ou de bris** irréparable : la rémunération permise est alors égale à la **moitié du tarif prévu**.

Le remplacement est payable au tarif prévu lorsqu'il est dû à une chirurgie buccale, et sur ordonnance écrite d'un chirurgien dentiste ou d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (voir les sections 3.2.4.3 à 3.2.4.6 de l'onglet Rémunération à l'acte).

6.1 La prothèse est rémunérée lorsqu'elle est mise en bouche.

AVIS : La date des services correspond à la date de la **mise en bouche** de la prothèse dentaire par le chirurgien buccal. Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.

Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche, vous devez facturer selon les codes d'acte de la règle d'application 6.4.

6.2 La rémunération pour la prothèse comprend, suite à la mise en bouche, trois (3) visites de contrôle si jugé nécessaire.

6.3 La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au chirurgien buccal et maxillo-facial, d'une autorisation à cet effet émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

AVIS : Dans les cas de confection, de remplacement et de regarnissage d'une prothèse acrylique, l'autorisation préalable du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale est requise (voir les sections 3.2.4.3 à 3.2.4.6 de l'onglet Rémunération à l'acte).

A- CONFECTION

AVIS : Référer à l'onglet Rémunération à l'acte pour les instructions de facturation :

- Facturation simultanée de deux prothèses (section 3.2.4.3) et
- Remplacement d'une prothèse suite à une perte ou à un bris (section 3.2.4.4)

Complète

51100	supérieure.....	717,00
51110	inférieure.....	924,00
51120	supérieure et inférieure.....	1 275,00

Partielle

52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis.....	439,00
52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis.....	439,00
52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis.....	797,00

B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

AVIS : *Référer à l'onglet Rémunération à l'acte pour les instructions de facturation :*
 - *Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale (section 3.2.4.5)*
 - *Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale (section 3.2.4.6).*

Complète

51101	supérieure	717,00
51111	inférieure	924,00
51121	supérieure et inférieure	1 275,00

Partielle

52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis.	439,00
52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis.	439,00
52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis.	797,00

C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION

56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	223,00
56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	223,00

AVIS : *Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, le regarnissage est payable une fois aux cinq ans, selon l'article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. Voir la règle d'application 6.3.*

55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	99,50
55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	99,50
55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	133,50
55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	133,50

AVIS : *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202).*
L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.

D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

55520	Maxillaire supérieur	133,50
55530	Maxillaire inférieur.	133,50

AVIS : *L'ajout de structure se définit comme l'ajout de dent, de crochet ou d'appui.*
L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.

6.4 La rémunération pour la prothèse fera l'objet d'une considération spéciale si la personne assurée abandonne le traitement.

AVIS : *Fournir les renseignements et documents appropriés (voir la règle d'application 1.2 et la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte).*

Complète

51102	supérieure	C.S.
51112	inférieure	C.S.
51122	supérieure et inférieure	C.S.

Partielle

52242	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52252	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52262	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.

7.1 ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION

+	Évidement cervical	
+ 71600	fonctionnel conservant les muscles, vaisseaux et nerfs	765,00
+ 71601	total	612,00
+ 71602	bilatéral, toutes techniques	1020,00
+ 71605	Réparation de la lèvre avec lambeau Abbé ou cross lip	573,75
+	Correction de cicatrices post traumatiques ou chirurgicales, une (1) ou plus, extra-orales/cutanées	
+ 71610	moins de 4 cm	76,50
+ 71611	de 4 cm à 10 cm	229,50
+ 71612	de 11 cm à 20 cm	306,00
71613	de 21 cm et plus	408,00
+	Dermabrasion post traumatique/fentes labiales	
+ 71620	inférieur à 25 cm ²	82,95
+ 71621	entre 25 cm ² et 50 cm ²	110,55
+ 71622	supérieur à 50 cm ²	165,85
+ 71630	Grefe par transfert d'un lambeau pédiculé myocutané local	867,00
+ 71631	Grefe par transfert d'un lambeau pédiculé régional (lambeau pectoral ou grand dorsal).	943,50
+	Grefe cutanée libre, région tête et cou (autre que l'abaissement total du plancher buccal)	
+ 71640	inférieur à 25 cm ²	306,00
+ 71641	entre 25 cm ² et 50 cm ²	408,00
+ 71642	supérieur à 50 cm ²	510,00
+ 71650	Grefe par lambeau libre micro-anastomosé, incluant la prise du greffon	1938,00
+ 71655	Injection intra-lésionnelle d'agent pharmacologique à des fins non cosmétiques (max. de 4 injections par séance)	39,15
	Supplément aux forfaits de chirurgies complexes sous microscope	
+ 71660	Supplément pour microanastomose vasculaire	714,00
71661	Supplément pour microanastomose nerveuse	612,00

+ 71670	Insertion de prothèse cranio-maxillo-faciale alloplastique implantée pour correction de défauts congénitaux, de développement ou post-traumatiques (non-articulaire) (maximum de 2 unités au tiers supérieur, de 2 unités au tiers moyen et de 2 unités à la mandibule).	382,50
---------	--	--------

Le tarif de la prothèse cranio-maxillo-faciale n'est pas assujéti à la règle d'application 5.4.

#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le site de l'insertion de la prothèse dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
---	---

+ **Distracteur cranio-maxillo-facial**

+	Appareil unilatéral	
+ 71680	mise en place	127,50
+ 71681	retrait	280,50
+	Appareil bilatéral	
+ 71690	mise en place	178,50
+ 71691	retrait	357,00

+ Les tarifs du distracteur cranio-maxillo-facial ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4 et ne sont pas applicables aux appareils d'expansion palatine.

Les services dentaires assurés

(À compter du 15-05-92)

TYPE DE SERVICES	MILIEU HOSPITALIER***	CABINET
Examens et consultations		
Examen et consultation	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Examen d'urgence	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Prévention		
Enseignement	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Nettoyage	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Application de fluorure	Prestataire ¹ 12 à 15	Prestataire ¹ 12 à 15
Détartrage	Prestataire ¹ 16 et plus	Prestataire ¹ 16 et plus
Radiologie*		
Intra-orale	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Extra-orale : panoramique**	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Extra-orale : autres	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation - couronne préfabriquée - tenon	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Endodontie		
Pansement sédatif	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Pulpotomie sur dent primaire	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale (depuis le 27 février 2014)	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ^{(1) (2)}
Pulpectomie sur dent primaire	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Traitement de canal sur dent permanente	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Prothodontie (1 prothèse par 8 ans)	Prestataire ¹	Prestataire ¹
Parodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré
* Service assuré dont la rémunération est incluse dans un autre service assuré (Règle d'application 2.9 de l'Annexe VI).		
** Chirurgiens buccaux : voir la <i>Lettre d'entente n° 1</i> de l'Annexe III de votre <i>Entente</i>		
*** Centre hospitalier ou établissement universitaire		
1 Le mot Prestataire du présent tableau identifie un prestataire d'une aide financière de dernier recours.		
2 Cliniques privées d'anesthésie générale (Annexe VII)		

Note : Pour les prestataires, vérifier sur le carnet de réclamation si le patient est soumis au délai de carence (12 mois soins dentaires ou 24 mois services de prothèses dentaires).

TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

JOUR FÉRIÉ	2013 / 2014	2014 / 2015	2015 / 2016
Journée nationale des Patriotes	20 mai 2013	19 mai 2014	18 mai 2015
Fête nationale du Québec	24 juin 2013	24 juin 2014	24 juin 2015
Fête du Canada	1 ^{er} juillet 2013	1 ^{er} juillet 2014	1 ^{er} juillet 2015
Fête du Travail	2 septembre 2013	1 ^{er} septembre 2014	7 septembre 2015
Action de Grâce	14 octobre 2013	13 octobre 2014	12 octobre 2015
Veille de Noël	24 décembre 2013	24 décembre 2014	24 décembre 2015
Fête de Noël	25 décembre 2013	25 décembre 2014	25 décembre 2015
Lendemain de Noël	26 décembre 2013	26 décembre 2014	26 décembre 2015
Veille du jour de l'An	31 décembre 2013	31 décembre 2014	31 décembre 2015
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2014	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2014	2 janvier 2015	2 janvier 2016
Vendredi Saint	18 avril 2014	3 avril 2015	25 mars 2016
Lundi de Pâques	21 avril 2014	6 avril 2015	28 mars 2016

AVIS : *Pour un service rendu en vertu de la règle 1.8, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés à la règle 1.8.*

Pour un service rendu en vertu du point 4 de la règle 2.0, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés au point 4 de la règle 2.0.

8. DIAGNOSTICS

INDEX ALPHABÉTIQUE**AVANT-PROPOS**

Le répertoire des principaux diagnostics sélectionnés par la Régie de l'assurance maladie du Québec est tiré de la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies. Il ne la remplace pas; elle continue toujours à servir de base au codage des données diagnostiques pour l'établissement des statistiques officielles de morbidité et de mortalité.

Le répertoire est un outil de travail simplifié, qui regroupe les diagnostics les plus fréquemment posés par les professionnels de la santé. Il n'est pas un guide terminologique, ni une nomenclature. C'est une liste ou un catalogue de termes qui servent à désigner des états morbides ou des traumatismes. À dessein et forcément, il contient des termes vagues d'usage courant, et bien souvent non conformes à la terminologie médicale. Il convient de souligner que ces termes se réfèrent toujours à une pathologie ou à un siège anatomique.

La Régie n'entend pas imposer la codification aux professionnels; cependant, elle estime devoir leur proposer de coder eux-mêmes les diagnostics ou de les faire coder par leur secrétariat. L'inscription du diagnostic sur la demande de paiement à l'aide d'un code numérique constitue en effet un moyen d'abrégier le travail : il est plus simple d'inscrire 749.2 que d'inscrire « fissure du palais avec bec de lièvre ». Et il suffira de très peu de temps pour comprendre et utiliser le recueil.

GUIDE D'INSTRUCTIONS POUR LE CODAGE DES DIAGNOSTICS**(RECUEIL ABRÉGÉ DE CIM)****AGENCEMENT ET STRUCTURE DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE DU RÉPERTOIRE**

L'index alphabétique identifie les maladies en général, ainsi que les causes de morbidité, les tumeurs et les traumatismes selon leur siège anatomique et leur nature.

L'état pathologique ou la maladie sont toujours les mots clés auxquels on doit se référer pour trouver le code approprié.

Remarques en regard des abréviations et autres signes conventionnels utilisés fréquemment dans l'index**Parenthèses**

Les parenthèses ont une signification particulière. Elles servent à insérer des mots supplémentaires; elles peuvent inclure des synonymes ou désigner une partie d'un organe. Elles laissent au codeur un choix décrivant mieux l'état pathologique, pour lui permettre d'utiliser le numéro de classement correct.

Exemples :

tuméfaction (épanchement)
mâchoire(s) (maxillaires)

Renvois

Certaines rubriques comportent des remarques renvoyant à d'autres rubriques, ordinairement plus détaillées, de l'état pathologique.

Exemple :

Dent(s) (tissus dentaires durs)
dépôts (voir ce mot)

Abréviations

Les principales abréviations sont :

NCA. « Non classé ailleurs ». Cette abréviation avertit le codeur que les caractéristiques spécifiques d'un état pathologique sont classées différemment. Elle s'adjoint ordinairement le quatrième chiffre 8.

SAI. « Sans autre indication », « non spécifié », « sans précision ». C'est un terme vague.

Principes de codage

Pour les fins du codage, il convient de préciser le sens des termes suivants, pour faciliter le classement.

Fracture avec luxation ou fracture-luxation :

Le codeur doit retenir que la fracture seulement sera codée, s'il s'agit du même siège anatomique.

Fracture non précisée comme simple ou ouverte :

L'utilisateur devra coder la fracture comme étant simple (fermée).

Luxation récidivante :

N'étant pas considérée comme un traumatisme récent, la luxation récidivante sera classée avec les lésions des articulations, sous la rubrique 718.

DÉFINITIONS

Pour faciliter à la fois la compréhension et le codage, il est à propos de définir certains termes.

1. Diagnostic

Le diagnostic est l'identification d'une maladie à partir des symptômes présentés par le malade.

2. Diagnostic principal

Le diagnostic principal est l'expression de la principale pathologie pour laquelle le malade est traité.

L'inscription du diagnostic est de toute première importance pour la recherche médicale et les statistiques. Le codage du diagnostic par le professionnel permettra éventuellement d'accélérer le processus de traitement de sa demande de paiement.

Toutefois sont à éviter :

1. Les termes vagues, s'ils ne se réfèrent pas à une pathologie ou à un siège anatomique particulier, comme « lésion », « douleur », « troubles fonctionnels », etc. Il serait souhaitable de préciser la nature du problème et sa localisation anatomique.
Exemple : lésion de la bouche

Toutes ces remarques ne visent qu'à rehausser la qualité de l'information. Le répertoire que nous vous proposons n'est pas exhaustif. Les diagnostics qui n'ont pas été retenus se retrouvent dans la **Classification Internationale des Maladies** et les professionnels qui désireront s'en servir pour coder pourront le faire, puisque ses structures ont été respectées. **Toutefois lorsqu'un code de diagnostic n'a que trois (3) chiffres, veuillez ajouter .9 à ce code.**

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès		Adénopathie	785.6
alvéole	522.5	Aglossie (absence de la langue)	750.1
amygdale	475.9	Algies	
aponévrose	728.9	bouche	528.9
bouche	528.3	dentaire, dents	525.9
cavité buccale	528.3	mâchoire (inférieure, supérieure)	526.9
cou	682.1	maxillaire	526.9
dentaire (fermé)	522.5	syndrome de Costen	524.6
dentaire ouvert	522.7	Temporo-mandibulaire	
dento-alvéolaire (fermé)	522.5	(articulation)	524.6
dento-alvéolaire ouvert	522.7	Allergie	995.3
face	682.0	Alvéolaire	
fosse nasale	478.1	fissure	525.8
gencive	523.3	ostéite	526.5
glandes salivaires	527.3	Alvéolite	526.5
langue (staphylococcique)	529.0	Amélogénèse imparfaite	520.5
lèvre (buccale)	528.5	Amygdales et végétations adé-	
luette	528.3	noïdes	
malaire	526.4	hypertrophie	474.1
maxillaire (os)	526.4	tumeur bénigne	210.0
molaire ou prémolaire	522.5	piliers et fosse	210.6
palais (parties molles)	528.3	tumeurs malignes	146.0 et 146.9
palais (partie osseuse)	526.4	voir aussi Phlegmon	
périamygdalien	475.9	Amygdalite	
périapical (dentaire)	522.5	aiguë (angine)	463.9
périapical		chronique	474.0
avec fistule	522.7	Anémie(s)	
sans fistule	522.5	par carence	281.9
péridentaire	523.5	en acide folique	281.2
périodontal d'origine gingivale		en fer	280.9
avec fistule	523.3	pernicieuse	281.9
sans fistule	523.3	Angine	
péritonsillaire	475.9	de Ludwig	528.3
pharynx, pharyngé	478.2	de Vincent	101.9
rétrolaryngé	478.7	voir aussi Phlegmon périamygdalien	
rétropharyngé	478.2	Ankyloglossie	750.0
rhino-pharynx	478.2	Ankylose	
sinus	473.9	articulation temporo-mandibulaire	718.5
sous-maxillaire (glande)	527.3	dentaire	521.6
sublinguale (glande)	527.3	Anodontie	520.0
sublinguale (région)	528.3	Anomalie(s)	
voies respiratoires		congénitales	
supérieures	478.9	oreille, face et cou	744.9
Abrasion de dents (normale) (par		structure dentaire	520.5
dentifrice) (professionnelle) (rituelle)		système ostéo-musculaire,	
(tissu dur)	521.2	(crâne, face, mâchoires)	756.9
Absence		dento-faciales, comprenant les	
de langue	750.1	malocclusions	524.4
de menton, congénitale	744.9		
Accident (voir traumatisme)			

A - (suite)

Anomalies - suite	Articulation - suite
malocclusion - suite	traumatismes superficiels... 910.0, 910.9
arcades dentaires..... 524.2	tuméfaction (épanchement)..... 719.9
articulation temporo-	Asymétrie faciale 744.9
mandibulaire..... 524.6	mâchoires 524.1
dents	Atrésie d'un canal salivaire 750.2
incisives 520.2	Atrophie
position 524.3	crête alvéolaire édentée 525.2
volume et forme 520.2	glandes salivaires 527.0
fonctionnelles 524.5	hémifaciale..... 744.9
lacunaire lors de la formation	papilles linguales 529.4
de la mandibule..... 526.8	Attrition
mâchoires..... 524.1	dents 521.1
Anthrax (voir Furoncle)	excessive 521.1
Aphte..... 528.2	gencives..... 523.2
Aphtose	Auriculotemporal, syndrome de l'..... 350.9
de Bednar 528.2	Avitaminose
de Mikulicz (mineure, ulcéreuse	A..... 264.9
récidivante) 528.2	B6..... 266.9
de Sutton (majeure)..... 528.2	B12..... 266.9
Apical(e)	voir aussi Carence
granulome 522.6	Avulsion
desmodontite	dent..... 873.6
aiguë d'origine pulpaire 522.4	face
chronique 522.6	avec complication 873.5
kyste radiculaire 522.8	sans mention de complication 873.4
périodontite(-) chronique 522.6	parties internes de la bouche
Aplasie du ciment 520.4	avec complication 873.7
Aptyalisme 527.7	sans mention de complication 873.6
Arcades dentaires (anomalie de	
rapport) 524.2	
Ariboflavinose 266.9	
Articulation temporo-mandibulaire	
ankylose 718.5	
contusion sans plaie 920.9	
craquements 719.6	
douleur 524.6	
dysfonctionnement douloureux..... 524.6	
écrasement 925.9	
entorse ou foulure 848.1	
hémarthrose 719.9	
lésion(s)	
diverses 718.8	
du fibrocartilage 718.0	
limitation des mouvements..... 719.9	
luxation récente	
compiquée..... 830.1	
simple 830.0	
pathologique non récidivante 718.2	
récidivante..... 718.3	
raideur par contracture 718.4	

B

Béance occlusale dentaire (antérieure) (postérieure)	524.2
Bec-de-lièvre avec fissure du palais (voir Chéilo-gnatho-palatoschisis) simple (voir Chéiloschisis)	
Behcet, syndrome	136.9
Béjel	104.9
Béribéri	265.9
Bétel	521.7, 523.6
Bifide langue	750.1
luette	749.0
Blessure (voir Traumatisme)	528.9
Botryomycome	528.9
Bredouillement	784.5
Brûlure de la face	941.9
de la tête et cou	941.9
organes internes	947.9
bouche et pharynx	947.0
gencive	947.0
langue	947.0
sensation bouche	782.0
langue	529.6
Bruxisme	781.0

C

Calcification pulpaire	522.2
Canal incisif, kyste	526.1
Cancer (voir Tumeurs malignes)	
Cancrum oris (stomatite gan- gréneuse)	528.1
Candidose(s) buccale	112.0
muguet	112.0
Capillaires, maladies des (voir Télangiectasies)	
Carcinome ayant pour origine un kyste odontogène	170.0
Carence(s)	269.9
en sels minéraux	269.9
en vitamine A	264.9
en vitamine B	265.9, 266.9
en vitamine C (acide ascorbique) ..	267.9
en vitamine D	268.9
ostéomalacie	268.9
évolutif	268.9
séquelles	268.9
Carie 521.0 : Veuillez cocher la case appropriée sur la demande de paiement	
arrêtée	521.0
du ciment	521.0
de la dentine	521.0
de l'émail (tache blanche)	521.0
odontoclasie	521.0
rampante	521.0
Cellulite (aiguë)	682.0
Cément aplasie, hypoplasie	520.4
carie	521.0
hypercémentose	521.5
Céphalée	784.0
Cestodes, infections à	123.9
Chéilite commissurale	528.5
glandulaire apostématique	528.5
SAI	528.5
Chéilodynie	528.5

C - (suite)

Chéilo-gnatho-palatoschisis		Cou	
bilatéral.....	749.2	anomalies congénitales.....	744.9
médian.....	749.1	brûlure.....	941.0
SAI.....	749.1	contusion.....	920.9
unilatéral.....		furoncle et anthrax.....	680.1
droite.....	749.1	traumatisme superficiel	
gauche.....	749.1	avec infection.....	910.1
sans précision.....	749.1	sans infection.....	910.0
Chéiloschisis.....	749.1	séquelles.....	906.2
Chérubisme.....	526.8	Couleur des dents, changement	
Chevauchement d'une dent ou de		(voir Dents)	
plusieurs.....	524.3	Coup (voir Traumatisme)	
Choc, sans mention de traumatisme.....	785.5	Crânio-faciale, dysostose.....	756.9
Choc traumatique.....	958.4	Crâniosynostose.....	756.9
Chondrodystrophies.....	756.9	Crête alvéolaire édentée (crête résiduelle)	
Chondro-ectodermique, dysplasie	756.9	atrophie.....	525.2
Cicatrice(s)		granulome pyogénique.....	528.9
de fente labiale.....	749.1	hypertrophie SAI.....	525.8
de Parrot.....	090.5	irrégularités.....	525.8
Coloration de l'émail.....	521.7	leucoplasie.....	528.6
Complication post-opératoire		tumeurs malignes.....	143.9
(intervention faite par un autre		Crête gingivale flottante.....	523.8
dentiste).....	998.9	Crohn, maladie.....	555.9
Concrescence.....	520.2	Crouzon, maladie.....	756.9
Condyle mandibulaire		Cyanocobalamine, déficit.....	266.9
hyperplasie unilatérale.....	526.8	Cysticerose.....	123.1
hypoplasie unilatérale.....	526.8		
Contusion			
bouche.....	920.9		
face, cuir chevelu et cou.....	920.9		
gorge.....	920.9		
joue.....	920.9		
lèvre.....	920.9		
nez.....	920.9		
oreille.....	920.9		
séquelles.....	906.3		
Coquille, dent en.....	520.5		
Corps étranger			
bouche.....	935.0		
cavité buccale.....	935.0		
gencive(s).....	935.0		
langue.....	935.0		
palais.....	935.0		
résiduel dans un tissu mou.....	729.6		
Costen, syndrome.....	524.6		

D

Dégénérescences pulpaire.....	522.2	Dent(s) - suite	
Déglutition anormale	524.5	incisives	
Dens in dente	520.2	anomalies	520.2
Dent(s) (tissus dentaires durs)		de Hutchinson	090.5
abrasion.....	521.2	incluses	520.6
absence	525.1	incluses, avec position anormale	
consécutive à accident, extrac-		de ces dents ou des dents	
tion ou affection pério-		adjacentes.....	524.3
dontale locale	525.1	intrusion.....	873.6
amelogenesis imperfecta	520.5	invaginée	520.2
ankylose	521.6	luxation	873.6
anomalies		macrodontie	520.2
de volume et de forme.....	520.2	microdontie	520.2
aplasie du ciment.....	520.4	mobile	525.9
attrition excessive	521.1	molaire en forme de mûre	090.5
avulsée	873.6	natales.....	520.6
avulsion (extraction)	873.6	néonatales.....	520.6
caries.....	521.0	noircie.....	522.9
Veuillez cocher la case		odontodysplasie régionale.....	520.4
appropriée sur la demande		odontogenesis imperfecta	520.2
de paiement		odontome intradentaire.....	520.2
cassées	873.6	perte d'émail	520.2
avec complication	873.7	prémolarisation	520.2
chevauchement.....	524.3	résorption pathologique	
concréscence.....	520.2	externe.....	521.4
conique.....	520.2	interne.....	521.4
coquille, en	520.5	rétention	520.6
couleur, changement pendant la		rotation	524.3
formation dû à		sensible	525.9
incompatibilité sanguine.....	520.8	structure, anomalies héréditaires	520.5
malformation biliaire	520.8	submergée	520.6
porphyrie	520.8	surnuméraires (supplémentaires)	520.1
tétracycline	520.8	tachetées.....	520.3
voir aussi teinte ci-dessous		teinte, modification due à	
dégénérescences pulpaire	522.2	bétel.....	521.7
déplacement	524.3	hémorragie pulpaire	521.7
dépôts (voir Dépôt)		métaux	521.7
émail (voir Émail)		SAI	521.7
enclavées	520.6	voir aussi Émail	
en gâteau de miel de Tomes.....	090.5	temporaires	
érosion (voir Érosion)		chute prématurée	520.6
espacement	524.3	persistance.....	520.6
évaginées (tubercule occlusal)	520.2	transposition.....	524.3
exfoliation	525.0	volume et forme, anomalies	520.2
extrusion	873.6	voir aussi Éruption dentaire,	
fluorose	520.3	Racine dentaire	
formation, troubles.....	520.4	Dentifrice, abrasion par.....	521.2
fractures (voir Fractures)		Dentine	
fusion et gémination	520.2	carie	521.0
hypercémentose.....	521.5	dysplasie	520.5
hypoplasie (voir Hypoplasie)		hypersensibilité	521.8
hypoplasiques de Turner.....	520.4	secondaire ou irrégulière	522.3
imbrication.....	524.3		

D - (suite)

Dentinogenesis imperfecta.....	520.5
Dentome intradentaire	520.2
Déplacement (dents).....	524.3
Dépôts sur les dents	
dus à l'habitude de mâcher	
du bétel	523.6
dus au tabac	523.6
film pigmenté.....	523.6
materia alba	523.6
sans précision	523.6
tartre sous-gingival.....	523.6
tartre sus-gingival.....	523.6
Dermatoses bulleuses	
pemphigus benin des	
muqueuses.....	694.6
stomatite bulleuse muco-syné-	
chiente et atrophiente	694.6
Desmodontite apicale	
aiguë	522.4
chronique	522.6
Desmodontose	523.5
Diabète sucré	250.9
Diastème	524.3
Dislocation du maxillaire	830.0
Distocclusion	524.2
Doigts, habitudes	524.5
Douleur	
articulation temporo-	
mandibulaire (ATM).....	524.6
articulation temporo-maxillaire	
(ATM).....	524.6
bouche	528.9
dent(s), dentaire	525.9
face	784.0
gencive(s)	523.9
joue.....	784.0
langue	529.6
mâchoire(s)	526.9
maxillaire(s)	526.9
Dysarthrie	784.5
Dyslalie	784.5
Dysostose	
crânio-faciale.....	756.9
mandibulo-facial.....	756.9
Dysphagie	787.5
sidéropénique	280.9
Dysphasie	784.5
Dysplasie	
chondro-ectodermique	756.9
de la dentine	520.5
fibreuse des maxillaires	526.8
périapicale	
polyostétiq ue	756.9

E

Eblouissement	780.4
Ecchymose (voir Contusion)	
Egratignure	
avec infection	910.1
sans infection	910.0
Email	
carie	521.0
fracture (ou clivage).....	873.6
hypoplasie.....	520.4
perte d'email	520.2
Taches	
blanches.....	521.0
dûes à fluorose.....	520.3
sans fluorose	520.3
Emphysème sous-cutané	
d'origine traumatique	958.7
dû à une intervention chirur-	
gicale	998.8
Enamélome (perle d'email).....	520.2
Enflure	
bouche	528.0
ganglions	785.6
gencives.....	523.1
Entaille labiale.....	749.1
Entérite régionale.....	555.0
Epanchement	
articulation temporo-mandibulaire	
kyste muqueux par	527.6
Epiglotte, tumeur maligne	
face antérieure	146.4
Epulis	
à cellules géantes	523.8
Erosion dentaire	
due à habitudes alimentaires	
ou médicaments	521.3
due à régurgitations ou vomis-	
sements périodiques	521.3
idiopathique	521.3
professionnelle.....	521.3
SAI.....	521.3
Eruption dentaire	520.6
ectopique	520.9
prématurée.....	520.6
syndrome	520.7
tardive	520.6
voir aussi Dents (enclavées,	
incluses, natales, néonatales,	
temporaires)	
Erythroleucémie.....	207.0
Erythroplasie	
de la muqueuse buccale	
(y compris langue).....	528.7

E (suite)

Espacement des dents.....	524.3
Examen de contrôle V.....	58.9
Examen de prévention V.....	72.2
Exfoliation dentaire due à des causes générales.....	525.0
Exostose.....	526.8
Etourdissement.....	780.4

F

Face	
anomalies congénitales	
asymétrie.....	744.9
oreille, face et cou.....	744.9
os de la face.....	756.9
brûlure.....	941.0
contusion.....	920.9
emphysème sous-cutané d'ori- gine traumatique.....	958.7
plaie	
avec complication.....	873.5
sans complication.....	873.4
traumatismes.....	959.0
traumatismes superficiels	
avec infection.....	910.1
sans infection.....	910.0
Fente labiale sans fente palatine (voir Chélioschisis)	
supposée.....	749.1
Fente de la luvette.....	749.0
Fermeture des maxillaires,	
anormale.....	524.5
Fétidité de l'haleine.....	784.9
Fibrolipome.....	214.9
Fibromatose	
gingivale.....	523.8
Fibrome	
cavité buccale.....	210.4
muqueuse.....	210.4
face.....	229.8
gencives.....	210.4
inférieures.....	210.4
supérieures.....	210.4
glandes salivaires.....	210.2
accessoires.....	210.4
parotide.....	210.2
principale.....	210.2
sous-maxillaire.....	210.2
sublinguale.....	210.2
lèvre.....	210.0
commissure.....	210.4
maxillaire supérieur.....	213.0
maxillaire inférieur.....	213.1
non précisé.....	215.9
Fibrose	
kystique.....	277.0
sous-muqueuse buccale.....	528.8
Fibrosite des muscles	
masticatoires.....	729.0
Fissuraire (voir Kystes des maxillaires)	

F - (suite)

Fissure		maxillaire inférieur (mandibule),	
oreille, face et cou		simple angle.....	802.2
branchiale.....	744.9	apophyse coronoïde	802.2
cou palmé (ptérygion du cou).....	744.9	branche horizontale (corps).....	802.2
linguale congénitale	750.1	branche montante	802.2
palais		condyle.....	802.2
avec bec-de-lièvre (voir Chélio-		multiple.....	802.2
gnatho-palatoschisis)		os alvéolaire	802.2
luette bifide.....	749.0	sans précision	802.2
palais dur.....	749.0	symphyse	802.2
palais dur et mou.....	749.0	maxillaire inférieur, ouverture	802.3
palais mou	749.0	maxillaire supérieur, simple.....	802.4
SAI.....	749.0	multiple.....	802.4
sous-muqueuse	749.0	os alvéolaire	802.4
Fistule		os malaire (zygoma).....	802.4
buccale (de la muqueuse		palais.....	802.4
buccale).....	528.9	maxillaire supérieur, ouverte	802.5
dentaire	522.7	multiples du crâne et de la face	804.9
dermique (abcès dentaire)	522.7	nez	
glandes salivaires	527.4	simple	802.0
congénitale	750.2	ouverte	802.1
lèvres.....	528.5	Frein	
oronasale (avec fissure palais)	749.0	de la langue, anomalie.....	750.0
préauriculaire	744.9	de la lèvre, anomalie	750.2
sinus de la face	473.9	Furoncle et anthrax, furunculose	
voir aussi Abcès		cou	680.1
Fluorose dentaire	520.3	face	680.0
Folliculite chronique hyperplasique...	523.4	Fusion, dents	520.2
Fordyce, maladie.....	750.2		
Formation (voir Dents, dormation)			
Fracture(s)			
alvéole dentaire.....	802.8		
alvéole dentaire ouverte.....	802.9		
crâne			
base (ethmoïde, occipital,			
temporal, etc.)	801.9		
voûte (frontal, pariétal, vertex).....	800.9		
dent	873.6		
couronne			
avec lésions pulpaire.....	873.6		
sans lésions pulpaire	873.6		
sans précision.....	873.6		
couronne et racine	873.6		
émail dentaire.....	873.6		
radiculaire.....	873.6		
mâchoires			
non consolidée	733.9		
pathologique	733.1		

G

Ganglions		
enflure (lymphadénopathie)	785.6	
Gangrène pulpaire	522.1	
Gangréneuse, stomatite	528.1	
Gémination	520.2	
Géographique		
langue	529.1	
stomatite	528.7	
Germe dentaire, dislocation	520.4	
Gingival(e)		
crête flottante	523.8	
fibromatose	523.8	
kyste	523.8	
rétraction		
généralisée	523.2	
localisée	523.2	
sans précision	523.2	
Gingivite		
aiguë	523.0	
chronique	523.1	
d'éruption	523.9	
de Vincent	101.9	
desquamative	523.1	
hyperplasique	523.1	
marginale simple	523.1	
sans précision	523.9	
ulcéreuse	523.1	
de Vincent	101.9	
nécrotique aiguë (G.U.N.A.)	(101.9)	
Gingivo-stomatite	523.1	
herpétique	054.2	
Glandes salivaires		
abcès	527.3	
absence	750.2	
accessoire	750.2	
atrophie	527.0	
fistule	527.4	
congénitale	750.2	
hypertrophie	527.1	
lésion lympho-épithéliale bénigne	527.8	
lithiase salivaire	527.5	
maladie de Mikulicz	527.5	
sécrétion, troubles	527.7	
sialectasie	527.8	
sialites	527.2	
sialoadénite	527.2	
sialométaplasie nécrosante	527.8	
sialose	527.8	
sialolithiase	527.5	
sténose	527.8	
Glandes salivaires - suite		
tumeur bénigne		
glande parotide	210.2	
glande sous-maxillaire	210.2	
glande sublinguale	210.2	
sans précision	210.9	
tumeur maligne		
mêmes subdivisions 142.0, 142.1,		
142.2, 142.9		
mixte (intra-osseuse)	170.1	
Globulo-maxillaire, kyste	526.1	
Glomique, tumeur	228.0	
Glossalgie	529.6	
Glossite	529.0	
atrophique SAI	529.4	
exfoliative marginée	529.1	
losangique médiane	529.2	
superficielle migratoire	529.1	
syphilitique	095.9	
Glossodynie	529.6	
Glossoptose	750.1	
Glossopyrosis	529.6	
Glycigénose	271.0	
Goitre simple	240.9	
Gomme de la cavité buccale	095.9	
Gonococciques, infections		
de l'articulation temporo-		
mandibulaire	098.5	
Goût, trouble sensitif	781.1	
Granulome		
apical	522.6	
à cellules géantes (central)		
(maxillaire)	526.3	
gencive	523.8	
périphérique (gencive)	523.8	
de la muqueuse buccale		
éosinophile	528.9	
pyogène	528.9	
pulpaire (pink spot)	521.4	
Grenouillette	527.6	
Grippe	487.8	
G.U.N.A. (voir Gingivite ulcéreuse		
nécrotique aiguë)	101.9	

H

Habitudes (voir Bétel, Doigts, Langue, Lèvres)		Hypertrophie - suite	
Halitose	784.9	lèvre, congénitale.....	744.9
Hallermann-Streiff-François, syndrome	756.9	papilles foliées	529.3
Hémangiopéricytome		Hypodontie.....	520.0
Hémarthrose	719.9	Hypoplasie	
Hématome		de l'émail.....	520.4
tête et cou	920.9	néonatale.....	520.4
Hémorragie		prénatale	520.4
alvéole dentaire.....	525.8	du ciment	520.4
amygdale	474.8	du condyle mandibulaire,	
bouche	528.9	unilatérale.....	526.8
dent	525.8	de la mandibule	524.0
gencive.....	523.8	du maxillaire.....	524.0
Hémorragique(s)		Hypoplasique, dent (-) de Turner	520.4
affections SAI	287.0	Hyposécrétion salivaire.....	527.7
kyste	526.2		
thrombasthésie.....	287.1		
Herpès	054.0		
gingivo-stomatite.....	054.9		
eczéma herpétiforme de Kaposi....	054.0		
pustulose varicelliforme de Kaposi	054.0		
stomatite herpétiforme	528.2		
Hodgkin, maladie	201.9		
Hutchinson, incisives.....	090.5		
Hypercémentose.....	521.5		
Hyperémie pulpaire.....	522.0		
Hyperplasie			
du ciment.....	521.5		
du condyle mandibulaire,			
unilatérale.....	526.8		
épithéliale localisée.....	528.7		
gingivale prothétique	523.8		
inflammatoire de la muqueuse			
buccale	528.9		
localisée	523.8		
de la mandibule	524.0		
du maxillaire	524.0		
Hypersécrétion salivaire.....	527.7		
Hypersensibilité de la dent.....	525.9		
Hypersensibilité de la dentine	521.8		
Hypertélorisme.....	756.0		
Hypertrophie			
amygdales et végétations	474.1		
crête alvéolaire	525.8		
glandes salivaires	527.1		
hémifaciale	744.9		
langue	529.8		

I	K
Idiopathique, érosion 521.3	Kaposi
Imbrication, dents 524.0	eczéma 054.0
Immunitaires, troubles (voir Déficit immunitaire)	Kyste(s)
Incisives de Hutchinson 090.5	branchial 744.4
Incluses, dents 520.6	dentaire 522.8
Infection	lié à éruption 526.0
bouche NCA 528.9	dentigère (folliculaire) 526.0
candida 112.0	dermoïde 528.4
dent(s) 522.4	des maxillaires, anévrysmal 526.2
alvéolaire 526.5	épidermoïde (kératinisant) 526.0
périapical 522.4	périodontal latéral 526.0
péridentaire 523.3	sans précision 526.0
gonococcique de l'articulation	épidermoïde (perles d'Epstein) 528.4
temporo-mandibulaire 098.5	fissuraire (non odontogène)
Inflammation	globulo-maxillaire 526.1
alvéoles dentaires 526.5	médian-palatin 526.1
bouche 528.0	naso-palatin (du canal incisif) 526.1
gencive 523.1	de la papille palatine 526.1
glande salivaire 527.2	sans précision 526.1
langue 529.0	gingival 523.8
lèvres (buccales) 528.5	hémorragique (traumatique) 526.2
maxillaire (os) 526.4	latent des os (de Stafne) 526.8
Inquiétude	sans précision 526.2
enfant V65.5	lympho-épithélial 528.4
mère V65.5	muqueux par épanchement 527.6
parents V65.5	muqueux rétionnel 527.6
patient V65.5	naso-labial (naso-alvéolaire) 528.4
père V65.5	radiculaire (périapical)
Intrusion dent 873.6	apical et latéral 522.8
	résiduel 522.8
	sébacé 528.4
	Kystique
	fibrose 277.0
J	
Joue, morsure 528.9	

L

Lacération		Leucoplasie	
bouche	873.6	gencive et crête alvéolaire	
avec complication	873.7	édentée	523.8
gencive(s)	873.6	moniliasique multifocale	
avec complication	873.7	(ou à Candida)	112.0
Langue		muqueuse buccale (de la)	528.6
abcès	529.0	Lèvre(s)	
absence congénitale (aglossie)	750.1	bec-de-lièvre simple (voir	
adhérence congénitale	750.1	Chéiloschisis)	
atrophie	529.8	creusées	750.2
attachée (ankyloglosse)	750.0	fentes labiales supposées	749.1
brûlante	529.6	fissure du palais avec bec-de-	
brune	529.3	lièvre (voir Chéilo-gnatho-	
crénulée	529.8	palatoschisis)	
double ou triple	750.1	fistules	528.5
douloureuse (glossodynie)	529.6	habitudes	524.5
érythroplasie	528.7	hypertrophie congénitale	744.9
fibrose sous-muqueuse buccale	528.8	maladies	528.5
fissurale (plicaturée)	529.5	macrochéilie	744.9
fissure congénitale	750.1	mélanome malin	
géographique	529.1	bord libre ou face muqueuse	140.0,
habitudes	524.5, 529.4	140.9	
hémiatrophie	529.8	face cutanée	172.0, 173.0
hémihypertrophie	529.8	microchéilie	744.9
hyperplasie épithéliale localisée	528.7	morsure	528.9
hypertrophie	529.8	voir aussi Tumeurs, lèvre	
leucoedème	528.7	Lithiase salivaire	527.5
leucoplasie	528.6	Loupes (de la tête)	784.2
noire pileuse (villose)	529.3	Ludwing, angine	528.3
saburrale	529.3	Luette	
scrotales (striée)	529.5	absence	750.2
ulcération traumatique	529.0	bifide	749.0
ulcère SAI	529.0	fente	749.0
voir aussi Glossite, Papilles		phlegmon	528.3
linguales, Tumeurs (langue),		Luxation	
Varices		dentaire	873.6
Lésion		maxillaire	830.0
buccale	528.9	temporo-mandibulaire (syn. : sub	
dent(s)	525.9	luxation) (voir Articulation	
Leucémie		temporo-mandibulaire)	
à cellules souches	208.0	Lymphadénite aiguë	683.9
monocytaire SAI	206.9	Lymphadénopathie	785.6
myéloïde SAI	206.9		
Leucoedème	528.1		
Leucokératose nicotinique du			
palais	528.7		

M

Mâchoire(s) (maxillaires)		
affections inflammatoires.....	526.4	
anomalies importantes de dimension.....	524.0	
asymétrie.....	524.1	
dysplasie fibreuse.....	526.8	
périapicale.....	213.9	
polyostéique.....	756.5	
granulome central à cellules géantes.....	526.3	
macrognathie (des deux mâchoires).....	524.0	
maladie osseuse de Paget.....	731.9	
micrognathie.....	524.0	
ostéomyélites.....	526.4	
ostéopathies.....	733.0	
périostite.....	526.4	
syphilis symptomatique récente (secondaire).....	091.6	
tardive (ostéite).....	095.9	
tumeur maligne SAI.....	170.9	
voir aussi Kystes, Luxation		
Macrochéilie.....	744.9	
Macrodontie.....	520.2	
Macroglossie congénitale.....	750.1	
Macrostomie.....	744.9	
Malabsorption, syndrome, sans précision.....	579.9	
Maladie (de)		
Besnier-Boeck-Schaumann.....	135.9	
Crohn.....	555.9	
Crouzon.....	756.0	
Ellis-Vancreveld.....	756.9	
Fordyce.....	750.2	
Heck.....	528.7	
Hodgkin.....	201.9	
Mikulicz.....	527.8	
Paget.....	731.0	
Reiter.....	099.9	
Von Gierke.....	271.0	
Werlhof.....	287.9	
Maladie(s)		
coeliaque.....	579.9	
des globules blancs vénériennes		
granulome inguinal.....	099.9	
infections gonococciques.....	098.8	
articulation temporo-mandibulaire.....	098.5	
syphilis.....	090.0, 095.9	
Malaise.....	780.7	
dent.....	525.9	
Malformation dentaire.....	520.4	
Malocclusion (dents) due à	524.4	
absence de dents.....	524.3	
déglutition anormale.....	524.5	
mauvaises habitudes (impliquant la langue, les lèvres ou les doigts).....	524.5	
respiratoire buccale.....	524.5	
sans précision.....	524.9	
Malposition des dents.....	524.3	
Mandibule (syn. : maxillaire inférieur)		
fracture		
ouverte.....	802.3	
simple.....	802.2	
macrognathie (hyperplasie).....	524.0	
micrognathie (hypoplasie).....	524.0	
prognathie.....	524.1	
rétrognathie.....	524.1	
torus.....	526.8	
tumeur bénigne		
os et cartilage.....	213.1	
tissus odontogènes.....	213.1	
zone rétromolaire.....	210.4	
tumeur maligne		
odontogène.....	170.1	
salivaire intra-osseuse.....	170.1	
sans précision.....	170.9	
sarcome.....	170.1	
zone rétromolaire.....	145.6	
tumeur SAI.....	239.2	
voir aussi Anomalie dento-faciale, Articulation temporo-mandibulaire, Condyle mandibulaire, Mâchoire(s)		
Manque d'espace.....	524.3	
Mastication, sudation et rougeur par.....	350.9	
Masticatoires, fibrosite des muscles.....	729.0	
Matéria alba (dépôts sur les dents).....	523.6	
Mauvaise haleine.....	784.9	
Maxillaire inférieur (voir Mandibule)		
Maxillaire (supérieur)		
fracture		
ouverte.....	802.5	
simple.....	802.4	
macrognathie (hyperplasie).....	524.0	
micrognathie (hypoplasie).....	524.0	
prognathie.....	524.1	
rétrognathie.....	524.1	

M - (suite)

Maxillaire (supérieur) - suite		Morsure (voir plaie ou joue ou lèvre)	
sarcome	170.0	Mucocèle	
odontogène	170.0	cavité buccale.....	528.9
sinus		glandes salivaires	527.6
polype.....	471.8	Mucoviscidose	277.0
tumeur maligne.....	160.2	Muguet.....	112.0
sinusite		Muqueuses buccales, plaques	
aiguë.....	461.9	syphilitiques	091.3
chronique	473.9	Muscle(s)	
tubérosité, tumeur SAI.....	239.0	masticatoires, rhumatisme	
tumeur bénigne		(fibrosite)	729.0
odontogène	213.0	Myalgie	729.1
os et cartilage.....	213.0	Mycoses.....	112.9, 117.9
tubérosité	145.6	Myélome	
tumeur maligne		multiple.....	203.9
odontogène	170.0	Myélose érythémique aiguë.....	207.0
salivaire intraosseuse	170.0	bénin de la muqueuse buccale,	
sans précision	170.9	congénital	750.2
sarcome.....	170.0	congénital de Cannon.....	750.2
tubérosité	145.6	épithélial	750.2
tumeur SAI.....	239.2	spongieux	750.2
voir aussi Mâchoire(s)			
Mélanodontie infantile	521.0		
Mélanodontoclasie	521.0		
Mélanoplasie	528.9		
Menton, absence congénitale	744.9		
Mésiocclusion	524.2		
Mésiodens.....	520.1		
Métabolisme (troubles)			
fibrose kystique (syn. : muco-			
viscidose).....	277.0		
des hydrates de carbone			
galactosémie	271.9		
glycogénose	271.0		
mucopolysaccharidose	277.9		
de la porphyrine	277.9		
de la purine et de la pyrimidine			
syndrome de Lesch-Nyhan	277.9		
voir aussi Avitaminoses, Carence			
(états de)			
Microchélie.....	744.9		
Microdontie	520.2		
Microglossie	750.1		
Micrognathie			
des deux mâchoires.....	524.0		
mandibulaire	524.0		
maxillaire	524.0		
Microstomie.....	744.9		
Mikulicz			
aphtose	528.2		
maladie.....	527.8		
Mobilité de la dent.....	525.9		
Molaires en forme de mûre	090.5		
Moniliase buccale	112.0		

N

Nécrose pulpaire	522.1
Néonatale(s)	
dents.....	520.6
hypoplasie de l'émail.....	520.4
ostéomyélite des maxillaires	526.4
Nerfs crâniens, affections	
facial	351.9
paralysie de Bell.....	351.0
polynévrite.....	352.6
traumatismes	951. 2, 951.7
trijumeau et autres	
glossopharyngien	352.2
grand hypoglosse.....	352.5
syndrome de l'auriculotemporal ..	350.9
tumeur maligne.....	192.9
voir aussi Névralgies	
Neurofibromatose SAI (multiple)	237.7
Névralgie(s)	
dentaire	525.9
faciale atypique.....	350.2
glosso-pharyngée	352.1
trigémინées	350.0
trigémინée zostérienne.....	350.1
Névralgie	729.2
Névrite	729.2
Noma.....	528.1

O

Occlusion	
inversée postérieure dentaire	
(croisée)	524.2
linguale postérieure des dents	
inférieure	524.2
traumatique, gencives.....	523.8
Odontalgie.....	525.9
Odontoclasie	521.0
Odontodysplasie régionale	520.4
Odontogenesis imperfecta	520.5
Odontogénie, troubles	520.9
Odontodysplasie régionale	520.4
Odorat, trouble sensitif	781.1
Oedème	782.3
Oligodontie.....	520.0
Oreille, troubles vestibulaires	386.0
Oropharynx, tumeur maligne	146.9
Ostéite	
alvéolaire non suppurée.....	526.5
déformante	731.9
inflammatoire des maxillaires	526.4
syphilitique de la mâchoire	095.9
Ostéodystrophies	756.9
Osteogenesis imperfecta	
(syn. : fragilité osseuse)	756.9
Ostéomalacie	268.9
Ostéomyélite	
des maxillaires	526.4
néonatale des maxillaires.....	526.4
Ostéopétrose	756.9
Ostéoradionécrose.....	526.8
Otite	382.9
Oxycéphalie	756.9

P

Paget, maladie	731.9	Pemphigus	
Palais		bénin des muqueuses	694.6
déformé	749.0	Périadénite muqueuse nécrotique	
fissure (voir ce mot)		récidivante	528.2
avec bec-de-lièvre (voir Chéilo-		Périamygdalien, phlegmon	475.9
gnatho-palatoschisis)		Périapical	
hyperplasie polypeuse	528.9	kyste	522.8
kyste (voir Kyste fissuraire des		voir aussi Abscess	
maxillaires)		Péricoronarite	
ogival	749.0	aiguë	523.3
perforation due à syphilis	095.9	chronique	523.4
tumeur maligne		Péricoronite	523.4
palais mou	145.3	aiguë	523.3
palais osseux (dur)	145.2	d'éruption	523.9
Palatoschisis		Périodontal (voir Abscess)	
(voir Fissure du palais)		Périodontite	523.4
Papilles linguales		aiguë	523.3
atrophie	529.4	avancée	523.9
hypertrophie	529.3	chronique	523.4
papilles foliées	529.3	apicale	522.6
Papillome		complexe	523.4
cavité buccale	210.4	folliculite hyperplasique	523.4
muqueuse	210.4	péricoronarite	523.4
face	229.8	simple	523.4
gencives	210.4	Périostite des maxillaires	526.4
inférieures	210.4	Perlèche	528.5
supérieures	210.4	Perles d'Epstein	528.4
glandes salivaires	210.2	Persistance	
accessoire	210.4	dents temporaires	520.6
parotide	210.2	Phlegmon	
principale	210.2	du plancher de la bouche	528.3
sous-maxillaire	210.2	face, cou	682.0
sublinguale	210.2	périamygdalien	475.9
lèvre	210.0	Pigmentation mélanique exagérée	
commisure	210.4	SAI	528.9
maxillaire supérieur	213.0	Pigmenté, film (sur les dents)	523.6
maxillaire inférieur	213.1	Pink spot (granulome pulpaire)	521.4
siège non précisé	229.8	Plaie(s)	
Paralysie		avec complication	
faciale		bouche, parties internes et	
de Bell	351.0	dents	873.7
palatine	528.9	cuir chevelu	873.1
Paresthésie	782.0	face (front, joue, lèvre,	
Parodontal(e)		mâchoire)	873.5
granulome périphérique à cellules		nez	873.3
géantes	523.8	sans complication	
kyste latéral	526.0	bouche	873.6
lésion (due à occlusion		cuir chevelu	873.0
traumatisante)	523.8	face	873.4
Parodontose	523.5	gencive(s)	873.6
Parrot, cicatrices de	090.5	nez	873.3
Paterson-Kelly, syndrome	280.9	séquelles	906.0
Pellagre	265.9	voir aussi Fractures, Perforation	

P - (suite)

Plaque dentaire	523.6
Plummer-Vinson, syndrome.....	280.9
Polynévrite crânienne.....	352.6
Polype	
Fibro-épithélial	
de la gencive	
(autres) localisations buccales....	528.9
pulpaire	522.0
sinus	471.9
ethmoïdal	
frontal	
maxillaire	
sphénoïdal	
Prémolarisation	520.2
Problème d'éruption dentaire	520.6
Professionnelle	
abrasion.....	521.2
érosion	521.3
Prognathie	
mandibulaire	
maxillaire	524.1
Prothèse, due à	
hyperplasie gingivale	523.8
stomatite.....	528.9
ulcération traumatique.....	528.2
Ptérygion du cou	744.9
Ptyalisme.....	527.7
Pulpaire(s)	
abcès.....	522.0
calcification	522.2
dégénérescences	522.2
gangrène (nécrose).....	522.1
granulome	521.4
hyperémie.....	522.0
polype.....	522.0
Pulpite	522.0
aiguë.....	522.0
chronique	522.0
hyperplasique.....	522.0
ulcéreuse.....	522.0
suppurée	522.0
Purpura et autres états hémorragiques	
allergique.....	287.9
Pustulose varicelliforme de	
Kaposi	054.0
Pyogénique, granulome (syn. : botryomycome)	
muqueuse buccale.....	528.9
Pyorrhée.....	523.9

R

Rachitisme	
évolutif	268.9
séquelles.....	268.9
Racine dentaire	
laissée en place (résiduelle)	525.3
Radiculite	729.2
Reiter, maladie	099.9
Résiduel, kyste radiculaire	522.8
Résorption gingivale	521.4
Respiration buccale.....	524.5
Rétention dent de lait.....	520.6
Rétraction gingivale.....	523.2
Rétrognathie	
mandibulaire	524.1
Rhinosporidiose	117.0
Rhumatisme des muscles mastica-	
toires	729.0
Rituelle, abrasion	521.2
Robin, syndrome	756.9
Rotation, dents.....	524.3
Rougeole.....	055.9
Rougeur	782.6
Rubéole.....	056.9

S

Saignement gencive(s)	523.9	Stomatites - suite	
Saliose	527.8	herpétiforme.....	528.1
Salivaire		due à mycose	112.0
canal, atésie	750.2	nécrotique aiguë.....	101.9
tumeur		nicotinique.....	528.7
maligne intra-osseuse	170.1	d'origine prothétique.....	528.9
voir aussi Glandes salivaires		de Vincent.....	101.9
Sarcoïdose	135.9	Subluxation (voir Articulation	
Scaphocéphalie	756.9	temporo-mandibulaire, luxation)	
Schizodontie.....	520.2	Subocclusion	524.4
Scorbut.....	267.9	Sudation et rougeur lors de la	
Sens		mastication (syndrome de l'auri-	
goût	781.1	culo-temporal).....	350.9
odorat	781.1	Surplomb	524.2
Sensibilité de la dent.....	525.9	Sutton, aphtose.....	528.2
Septicémie	038.9	Syncope	780.2
Séquelles de lésions et trauma-		Syndrome	
tismes.....	905.0, 907.1	Albright-Mac Cune-Sternberg	756.9
voir aussi sous les diverses		Aperi	756.9
localisations		Ascher	759.9
Sialectasie.....	527.8	de l'auriculo-temporal	350.9
Sialites	527.9	Bechet.....	136.9
Sialoadénite	527.9	Caffey.....	756.9
Sialolithiase	527.9	Costen	524.6
Sialométaplasie nécrosante.....	527.8	d'éruption des dents.....	520.7
Sialose	527.8	Fiessinger-Leroy (-Reiter).....	099.9
Sillon gingivo- ou jugo-buccal,		Franceschetti	765.9
tumeur maligne	210.4	Heerfordt	135.9
Sinus, tumeur maligne		Klippel-Feil	756.9
ethmoïdal.....	160.3	Plummer-Vinson	280.9
frontal	160.4	Synodontie.....	520.2
maxillaire	160.2	Syphilis congénitale symptoma-	
sphénoïdal.....	160.5	tique	
Sinusite (chronique) (hyperpla-		précoce, plaques muqueuses	
sique) (non purulente) (para-		buccales	090.0
nasale) (purulente).....	473.9	tardive	090.5
aiguë	461.9	cicatrices de Parrot	090.5
frontale	473.9	incisives de Hutchinson	090.5
aiguë.....	461.9	molaire en forme de mûre ou	
maxillaire	473.9	dents en gâteau de miel de	
aiguë.....	461.9	Tomes	090.5
sphénoïdale.....	473.9	Syphilis symptomatique récente	
Spirochètes, infections à	101.9	primaire	091.2
Stafne, kyste de	526.8	secondaire	
Sténose des glandes salivaires.....	527.8	mâchoire	091.0
Stomatites	528.0	plaques muqueuses buccales.....	091.3
aphteuse	528.2	Syphilis symptomatique tardive	
aphteuse cicatricielle	528.2	glossite.....	095.9
factice.....	528.9	gomme de la cavité buccale	095.9
fuso-spirillaire	101.9	ostéite de la mâchoire.....	095.9
gangréneuse	528.7	perforation palatine	095.9
géographique.....	528.7		

T

Tabac, effets		Troubles sensitifs	
dépôts sur les dents.....	523.6	odorat et goût.....	781.1
leucokératose du palais	528.7	Troubles temporo-mandibulaires.....	524.6
Taches (voir émail)		(articulation)	
Taches de Koplik	055.9	Tubercule	
Tartre		anormal	520.2
sous-gingival	523.6	de Carabelli.....	520.2
sus-gingival	523.6	occlusal	520.2
Tatouage		Tubérosité	
volontaire, muqueuse buccale	528.9	hyperplasie.....	523.8
Taurodontisme	520.2	voir aussi Maxillaire, tumeurs	
Teinte des dents, modification		Tuméfactions de la tête	784.2
(voir Dents)		Tumeurs bénignes	
Temporo-mandibulaire (voir Arti-		amygdale	210.5
culation)		cavité buccale.....	210.4
Thrombopathies		commissure buccale.....	210.0
thrombasthénie		face	229.8
trombocytopathie	287.9	fosses nasales, oreille moyenne	
trombocytopénie		et sinus	
primaire.....	287.9	annexes	212.0
SAI	287.9	gencive.....	210.4
secondaire (médicamenteuse)....	287.9	et crête alvéolaire édentée.....	210.4
Thyroïde, corps ou glande		inférieure	210.4
anomalies congénitales		supérieure	210.4
goitre	240.9	glandes salivaires	210.2
hypothyroïdie		accessoire	210.4
thyrotoxicose	242.9	parotides	210.2
Torus		principales.....	210.2
mandibulaire.....	526.8	sous-maxillaire.....	210.2
palatin.....	526.8	sublinguale	210.2
Transposition		glomique	228.0
dents.....	524.3	hypopharynx	210.8
Traumatismes		langue	
bouche	959.0	base (postérieure au sillon	
complications	958.9	terminal).....	210.1
dents.....	873.6	bords et pointe	210.1
gencives.....	959.0	face inférieure (ventrale)	210.1
lèvres buccales	959.0	face supérieure (dorsale)	210.1
nerfs	951.9, 957.9	lèvre.....	210.0
séquelles	905.9, 908.9	commissure	210.4
superficiels	910.9	deux lèvres	
vaisseaux sanguins, tête et cou	900.9	bord libre	210.0
voir aussi Plaie(s)		bord libre et face muqueuse	210.0
Treacher-Collins, syndrome.....	756.9	face muqueuse	210.0
Tréponématose endémique non		inférieure	
vénérienne	104.9	bord libre	210.0
Trismus.....	781.0	bord libre et face muqueuse	210.0
Troubles de formation des dents	520.4	face cutanée	216.0
Troubles de l'éruption dentaire		face muqueuse	210.0
(ou d'éruption dentaire)	520.6	supérieur	
		bord libre	210.0
		bord libre et face muqueuse	210.0

Tumeurs bénignes - suite	
supérieur - suite	
face cutanée.....	216.0
face muqueuse.....	210.0
maxillaire inférieur.....	213.1
maxillaire supérieur.....	213.0
muqueuse cavité buccale.....	210.4
nasopharynx (rhinopharynx).....	210.7
odontogène (-génique)	
mandibule.....	213.1
maxillaire.....	213.0
os et cartilage	
mandibule.....	213.1
maxillaire.....	213.0
palais	
dur.....	210.4
luette.....	210.4
mou.....	210.4
pharynx.....	210.9
piliers et fosse amygdaliens.....	210.6
plancher de la bouche.....	210.3
SAI (siège non précisé).....	229.9
sillon gingivo- ou jugo-buccal.....	210.4
tissus conjonctifs et autres	
tissus mous.....	215.0
tubérosité.....	210.4
zone rétomolaire.....	210.4
Tumeurs malignes	
bouche, sans précision.....	145.9
cavité buccale.....	145.9
face.....	195.9
fosse nasale, oreille moyenne et sinus	
annexes.....	160.0,160.9
(voir aussi Sinus)	
gencive.....	143.9
et crête alvéolaire édentée	
SAI.....	143.9
inférieure.....	143.1
supérieure.....	143.0
glandes salivaires.....	142.9
accessoire.....	145.9
intra-osseuse	
mandibule.....	170.1
maxillaire.....	170.0
parotide.....	142.0
principale.....	142.9
sous-maxillaire.....	142.1
sublinguale.....	142.2
hypopharynx.....	148.9
langue	
amygdale linguale.....	141.6
base.....	141.0
bords latéraux.....	141.2

Tumeurs malignes - suite	
langue - suite	
deux tiers antérieurs	
face inférieure (ventrale).....	141.3
face supérieure.....	141.1
frein de la langue.....	141.3
sans précision.....	141.4
pointe.....	141.2
sans précision.....	141.9
zone de jonction.....	141.5
lèvres.....	140.9
bord libre (zone cosmétique),	
sans précision.....	140.9
commisure.....	140.6
face cutanée.....	173.0
face postérieure, sans précision	140.5
inférieure	
bord libre.....	140.1
face muqueuse (postérieure) ...	140.3
frein de la lèvre.....	140.3
supérieure	
bord libre.....	140.0
face muqueuse (postérieure) ...	140.3
frein de la lèvre.....	140.4
voir aussi Lèvres, mélanome	
malin	
luette.....	145.4
maxillaire inférieur.....	170.1
maxillaire supérieur.....	170.0
muqueuse cavité buccale.....	145.0
nasopharynx.....	147.9
nerfs crâniens.....	192.9
oropharynx	
amygdale.....	146.0
carrefour pharyngo-laryngé.....	146.9
face linguale de l'épiglotte.....	146.9
fosse amygdalienne.....	146.9
paroi latérale.....	146.9
paroi postérieure.....	146.9
piliers de l'amygdale.....	146.9
vallécule.....	146.9
palais	
dur.....	145.2
mou.....	145.3
pharynx.....	149.0
plancher de la bouche	
antérieur.....	144.1
latéral.....	144.1
sans précision.....	144.9
région rétomolaire	
siège non précisé (SAI).....	195.9
tubérosité du maxillaire.....	145.6
zone rétomolaire de la mandibule.....	145.6
SAI (voir siège non précisé)	

Tumeurs malignes - suite		Tumeur de nature non précisée - suite	
sillon gingivo-buccal		face	239.8
inférieur	145.1	gencive	239.0
supérieur	145.1	inférieure	239.0
sillon gingivo-labial		supérieure	239.0
inférieur	145.1	glandes salivaires	239.0
supérieur	145.1	accessoire	239.0
sinus (voir ce mot)		parotide	239.0
tissus odontogènes	170.0, 170.1	principale	239.0
Tumeurs malignes secondaires		sous-maxillaire	239.0
appareil respiratoire et digestif	197.8	sublinguale	239.0
disséminées	199.0	lèvre	239.0
ganglions lymphatiques	196.0	commissure	239.0
os et moelle osseuse	198.5	maxillaire inférieur	239.2
Tumeur In-Situ		maxillaire supérieur	239.2
cavité buccale	230.0	SAI (voir siège non précisé)	
muqueuse	230.0	Siège non précisé (SAI)	239.8
face	232.9	tissus mous de la bouche	239.0
gencive	230.0	Turner, dent hypoplasique de	520.4
inférieure	230.0		
supérieure	230.0		
glandes salivaires	230.0		
accessoire	230.0		
parotide	230.0		
principale	230.0		
sous-maxillaire	230.0		
sublinguale	230.0		
lèvre	230.0		
commissure	230.0		
SAI (voir siège non précisé)			
siège non précisé (SAI)	234.8		
Tumeur Evolution imprévisible			
cavité buccale	235.1		
muqueuse	235.1		
face	238.8		
gencive	235.1		
inférieure	235.1		
supérieure	235.1		
glandes salivaires	235.0		
accessoire	235.1		
parotide	235.0		
principale	235.0		
sous-maxillaire	235.0		
sublinguale	235.0		
lèvre	235.1		
commissure	235.1		
maxillaire inférieur	238.0		
maxillaire supérieur	238.0		
SAI (voir siège non précisé)			
siège non précisé (SAI)	238.8		
Tumeur de nature non précisée			
cavité buccale	239.0		
muqueuse	239.0		

U

Ulcération(s) aphteuse(s).....	528.2
bouche	528.2
traumatique	
langue.....	529.0
Ulcération, Ulcère	
alvéole dentaire.....	526.5
bouche, buccal (traumatique).....	528.9
crête alvéolaire	526.5
gencives.....	523.8
langue (traumatique).....	529.0
lèvre buccale.....	528.5
palais.....	528.9
Uréoparotidite	135.9

V

Varicelliforme de Kaposi,	
pustulose.....	054.0
Variole	050.9
Végétations adénoïdes	
(voir Amygdales)	
Verruqueux	
xanthome.....	528.9
Vertige de Ménière	386.0
Vincent	
angine	101.9
gingivite.....	101.9
stomatite.....	101.9
Von Gierke, maladie	271.0

X

Xanthome verruqueux.....	528.9
Xérostomie.....	527.7

Z

Zona.....	053.9
-----------	-------

9. MANUEL ET FORMULAIRES

9.1 MANUEL

9.1.1 MANUEL SUR INTERNET

- # Le manuel destiné aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale est mis à jour régulièrement et disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

9.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande du chirurgien buccal et maxillo-facial, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste.

- # Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

9.2 FORMULAIRES

9.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

- # La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

9.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le chirurgien buccal et maxillo-facial utilisant les demandes de paiement à l'acte format papier (n° 1670), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

9.2.3 COMMANDE

- # Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.