



## MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 37  
MAI 2006

*Veillez 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

#### INTRODUCTION

- Message sur consultation Internet et révision de la signification des références au bas de la page

**Page :** [1](#) et [2](#)

#### TABLE DES MATIÈRES

**Pages :** [2](#) à 4 et [6](#) à 8

#### ENTENTE

- Modifications administratives

**Pages :** [7](#), [49](#) et [75](#)

#### PERSONNES ASSURÉES

- Modifications administratives

**Pages :** [4](#) et [5](#)

#### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications administratives

**Pages :** [1](#), [4](#), [11](#) à 13, [17](#) à 19

- Nouvelle version formulaire

**Page :** [18](#)

#### RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Modifications administratives et ajout calendrier des jours fériés 2006-2007

**Pages :** [1](#), [17](#) et [20](#)

### **FEUILLE D'ACTIVITÉ BÉNÉFICIAIRE**

- Modifications administratives et changement de nom d'un organisme

**Pages :** [4](#), [6](#), [7](#) et [12](#)

### **PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS**

- Modifications administratives

**Pages :** [2](#), [4](#) et [5](#)

- Ajout du code de transaction 88 et modification des messages

**Page :** [8](#)

- Ajout des calendriers de paiement 2006-2007

**Pages :** [9](#) et [10](#)

- Ajout et modification de messages explicatifs

**Page :** [11](#), [12](#), [13](#) et [19](#)

### **PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS**

- Modifications administratives

**Pages :** [2](#), [4](#) et [5](#)

- Ajout du code de transaction 88 et modification des messages

**Page :** [8](#)

- Ajout des calendriers de paiement 2006-2007

**Pages :** [9](#) et [10](#)

- Ajout du message explicatif 049

**Page :** [12](#)

### **PAIEMENT À TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS**

- Modifications administratives

**Pages :** [2](#), [4](#) et [5](#)

- Ajout du code de transaction 88 et modification des messages

**Page :** [8](#)

- Ajout des calendriers de paiement 2006-2007

**Pages :** [9](#) et [10](#)

- Ajout du message explicatif 201, 361, 425, 668 et 673

**Page :** [11](#), [13](#), [15](#), [17](#)

### **MESURES INCITATIVES**

- Ajout, correction et suppression de localités

**Pages :** [11](#) à 15

## RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Ajout et correction d'avis

**Pages :** [4](#), [9](#), [20](#) et [24](#)

## MANUELS ET FORMULAIRES

- correction du nom du formulaire 2076

**Pages :** [2](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 066/2005-10-14 et 005/2006-04-20.

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

# Corrections d'ordre administratif

+ Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
**Service de l'information aux professionnels**

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 



## INTRODUCTION

Le but du manuel est de renseigner les dentistes 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 le président de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement.

Le manuel est conçu de façon à favoriser son utilisation; il comporte une table des matières et des sections identifiées par des onglets. Pour faciliter la consultation, les dispositions tarifaires ont été placées après les textes relatifs à l'entente et au guide de rédaction de la demande de paiement. Elles comportent les règles d'application, la nomenclature des actes et leur tarif, ainsi que des **renseignements d'ordre administratif** précédés du mot **AVIS**.

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la «Gazette officielle» et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement ou une entente.

Les dentistes et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Lorsque le texte de ce manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages révisées pour en permettre la mise à jour (*voir la **signification des références au verso***).

La Régie remet à chaque dentiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, un approvisionnement de demandes de paiement renouvelable sur commande selon certains critères définis sous l'onglet «Manuels et formulaires», ainsi que diverses publications relatives au régime d'assurance maladie.

Enfin, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des agents de liaison renseignent ces derniers sur leur Entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

#

Ayant la préoccupation de vous faire parvenir l'information le plus rapidement possible, la Régie vous recommande de consulter son site Internet, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

#

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN 2-551-12538-3

Le masculin désigne autant les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

### Par le site Internet :

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

### Par courrier électronique Internet :

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

### Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- à Québec : 418 528-7763
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

### Par téléphone ou télécopieur :

- Québec 418 643-8210 ou Télécopieur : 418 646-9251
- Montréal 514 873-3480 ou Télécopieur : 514 873-5951
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

### # Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'information aux professionnels  
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.
- Note :** Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.
- 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 et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/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 et/ou d'un document officiel et/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

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>		<i>Page</i>
INTRODUCTION.....		<b>1</b>
ENTENTE CADRE.....		<b>1</b>
CHAPITRE I		
Définitions et champ d'application .....		<b>2</b>
CHAPITRE II		
Sécurité syndicale.....		<b>3</b>
CHAPITRE III		
Activités professionnelles.....		<b>5</b>
CHAPITRE IV		
Conditions d'exercice et de rémunération en établissement.....		<b>7</b>
CHAPITRE V		
Mode de participation au régime et conditions relatives à la rémunération....		<b>15</b>
CHAPITRE VI		
Assurances.....		<b>19</b>
CHAPITRE VII		
Différend et arbitrage .....		<b>20</b>
CHAPITRE VIII		
Comité paritaire .....		<b>23</b>
CHAPITRE IX		
Comité spécial.....		<b>24</b>
CHAPITRE X		
Modifications à l'entente.....		<b>24</b>
CHAPITRE XI		
Consultations.....		<b>25</b>
CHAPITRE XII		
Annexes et intégration à l'entente.....		<b>25</b>
CHAPITRE XIII		
Renouvellement.....		<b>25</b>
CHAPITRE XIV		
Entrée en vigueur et durée.....		<b>26</b>
ANNEXE I		
Liste des articles et paragraphes qui lient tout établissement.....		<b>27</b>
ANNEXE II		
Taux de rémunération à honoraires fixes et taux du tarif horaire .....		<b>28</b>

**TABLE DES MATIÈRES****Dentistes**

	<i>Page</i>
ANNEXE III	
Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation .....	<b>30</b>
ANNEXE IV	
Formule de différend .....	<b>31</b>
ANNEXE V	
Avantages sociaux .....	<b>32</b>
ANNEXE VI	
Règles d'application du tarif .....	<b>74</b>
ANNEXE VII	
Conditions d'application du tarif .....	<b>74</b>
ANNEXE VIII	
Mesures incitatives pour favoriser la répartition des dentistes .....	<b>75</b>
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE L'ANNEXE VIII DE L'ENTENTE MSSS - ACDQ .....	<b>83</b>
ANNEXE IX	
Concernant le versement de divers montants forfaitaires.....	<b>84</b>
ANNEXE X	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte.....	<b>87</b>
<b>LETTRES D'ENTENTE</b>	
Lettres d'entente n <sup>os</sup> 1 et 2 .....	<b>1</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 3.....	<b>2</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 4.....	<b>3</b>
#    Lettres d'entente n <sup>os</sup> 5 et 6 .....	<b>4</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 7 .....	<b>5</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 8.....	<b>7</b>
<b>ENTENTES PARTICULIÈRES</b>	
Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord.....	<b>1</b>
Annexe à l'entente particulière.....	<b>6</b>
<b>ACCORDS</b>	
Accord n <sup>o</sup> 1 .....	<b>1</b>
Accord n <sup>o</sup> 3 .....	<b>2</b>
Accord n <sup>o</sup> 5 .....	<b>3</b>
Accord n <sup>o</sup> 7 .....	<b>4</b>
Accord n <sup>o</sup> 8 .....	<b>5</b>
Accord n <sup>o</sup> 9 .....	<b>6</b>

	<i>Page</i>
2. PERSONNES ASSURÉES .....	1
2.0 AVANT-PROPOS .....	1
2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT ET PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE .....	1
2.1.1 Carte d'assurance maladie .....	1
2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie .....	1
2.1.3 Modèles de carte .....	2
2.1.4 Vérification de la carte (Validité) .....	4
2.2 PRESTATAIRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI .....	6
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE .....	1
# DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ( <i>n° 1670</i> ) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>n° 2076</i> ) .....	1
3.0 AVANT-PROPOS .....	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>Formulaire n° 1670</i> ) .....	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE .....	2
3.2.1 Identité de la personne assurée .....	2
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissi- bles aux services de chirurgie buccale .....	2
3.2.1.2 Prestataires du programme d'assistance emploi .....	3
3.2.2 Identité des professionnels .....	5
3.2.2.1 Dentiste traitant .....	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation .....	6
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et considéra- tion 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 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 .....	12
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale .....	13
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ....	14
3.2.4.7 Document complémentaire ( <i>Formulaire n° 1944</i> ) .....	15
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus .....	16
3.2.6 Signature du dentiste ou de son mandataire .....	17
3.3 EXPÉDITION .....	17
 MAJ 37 / mai 2006 / 99	 3

**TABLE DES MATIÈRES****Dentistes**

	<i>Page</i>
# 3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>Formulaire n° 2076</i> ) .....	<b>18</b>
3.5 ANNEXES.....	<b>19</b>
ANNEXE I Liste des rôles .....	<b>19</b>
ANNEXE II Liste des modificateurs .....	<b>20</b>
ANNEXE III Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification.....	<b>22</b>
ANNEXE IV Formulaire d'autorisation de prothèse dentaire acrylique.....	<b>24</b>
ANNEXE V Numéro d'établissement .....	<b>26</b>
ANNEXE VI Numérotation des dents.....	<b>27</b>
ANNEXE VII Liste des cliniques privées d'anesthésie générale.....	<b>28</b>
4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES .....	<b>1</b>
DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ( <i>Formulaire n° 1216</i> ) .....	<b>1</b>
4.0 AVANT-PROPOS .....	<b>1</b>
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>Formulaire n° 1216</i> ).....	<b>2</b>
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....	<b>4</b>
4.3 EXPÉDITION .....	<b>16</b>
4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS .....	<b>17</b>
4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE .....	<b>17</b>
4.6 SECTEURS DE DISPENSATION.....	<b>19</b>
4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS.....	<b>20</b>
4.8 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX ( <i>Annexe V de l'Entente</i> ).....	<b>21</b>
4.8.1 Description du bilan des avantages sociaux ( <i>9 parties</i> ).....	<b>22</b>
4.9 ÉTAT DE LA FACTURATION ( <i>Avantages sociaux, Annexe V de l'Entente</i> )..	<b>23</b>
4.9.1 Description de l'état de la facturation ( <i>Parties 1 à 12</i> ).....	<b>24</b>
4.10 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ( <i>Formulaire n° 1988</i> ).....	<b>29</b>
4.10.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement.....	<b>30</b>

	<i>Page</i>
5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE .....	1
DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>Formulaire n° 1215</i> ).....	1
5.0 AVANT-PROPOS .....	1
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>Formulaire n° 1215</i> ).....	2
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....	4
5.3 EXPÉDITION .....	11
5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE .....	11
5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS .....	12
5.6 SECTEURS DE DISPENSATION.....	12
5.7 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ( <i>Formulaire n° 1988</i> ).....	13
5.7.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement .....	14
6. FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE.....	1
6.0 AVANT-PROPOS .....	1
6.1 DESCRIPTION DE LA FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE ( <i>Formulaire n° 3402</i> ).....	2
6.2 RÉDACTION DE LA FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE.....	3
6.3 EXPÉDITION .....	12
ANNEXE I	
NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT .....	13
7. PAIEMENT À L'ACTE.....	1
7.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
7.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
7.3 FACTURATION INFORMATISÉE.....	1
7.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence .....	1
7.4 ÉTAT DE COMPTE .....	2
7.4.1 Description .....	3
7.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et sommaire</i> ) .....	3
7.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 6a</i> ) .....	5
7.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée .....	5
7.4.2 Vérification des paiements .....	5

	<i>Page</i>
7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT.....	5
7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	5
7.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement.....	5
7.5.3 Paiement refusé en partie.....	6
7.5.4 Paiement refusé en totalité.....	6
7.5.5 Demande de révision.....	6
7.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT.....	7
7.7 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
# 7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006 - 2007).....	9
MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE.....	11
7.9 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11
8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES.....	1
8.1 MODE DE PAIEMENT.....	1
8.2 DÉLAI DE PAIEMENT.....	1
8.3 FACTURATION INFORMATISÉE.....	1
8.3.1 Retour d'erreurs à l'agence.....	1
8.4 ÉTAT DE COMPTE.....	2
8.4.1 Description.....	3
8.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i> ).....	3
8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ).....	5
8.4.2 Vérification des paiements.....	5
8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT.....	5
8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	5
8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement.....	5
8.5.3 Paiement refusé en partie.....	6
8.5.4 Paiement refusé en totalité.....	6
8.5.5 Annulation d'une demande de paiement.....	7
8.6 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
# 8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006 - 2007).....	9
MESSAGES EXPLICATIFS - HONORAIRES FIXES.....	11
8.8 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11
9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE.....	1
9.1 MODE DE PAIEMENT.....	1
9.2 DÉLAI DE PAIEMENT.....	1
9.3 FACTURATION INFORMATISÉE.....	1
9.3.1 Retour d'erreurs à l'agence.....	1

	<i>Page</i>
9.4 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
9.4.1 Description .....	<b>3</b>
9.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i> ) .....	<b>3</b>
9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	<b>5</b>
9.4.2 Vérification des paiements .....	<b>5</b>
9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	<b>5</b>
9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>5</b>
9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	<b>5</b>
9.5.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
9.5.4 Paiement refusé en totalité .....	<b>6</b>
9.5.5 Annulation d'une demande de paiement .....	<b>7</b>
9.6 CODES DE TRANSACTIONS .....	<b>8</b>
# 9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006 - 2007) .....	<b>9</b>
MESSAGES EXPLICATIFS - TARIF HORAIRE .....	<b>11</b>
9.8 MESSAGES EXPLICATIFS .....	<b>11</b>
10. MESURES INCITATIVES .....	<b>1</b>
10.0 AVANT-PROPOS .....	<b>1</b>
10.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT ( <i>Formulaire n° 3336</i> ) .....	<b>2</b>
10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT .....	<b>4</b>
10.3 EXPÉDITION .....	<b>11</b>
10.4 LISTE DES LOCALITÉS .....	<b>12</b>
11. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES .....	<b>1</b>
11.1 MODE DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
11.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
11.3 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
11.3.1 Description .....	<b>3</b>
11.3.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9</i> ) .....	<b>3</b>
11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	<b>5</b>
11.3.2 Vérification des paiements .....	<b>5</b>
11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT .....	<b>6</b>
11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>6</b>
11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement .....	<b>6</b>
11.4.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
11.4.4 Paiement refusé en totalité .....	<b>6</b>
11.4.5 Modification d'une demande déjà payée .....	<b>6</b>
11.4.6 Annulation d'une demande de remboursement .....	<b>7</b>

**TABLE DES MATIÈRES****Dentistes**

	<i>Page</i>
11.5 CODES DE TRANSACTIONS.....	<b>8</b>
MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES.....	<b>9</b>
11.6 MESSAGES EXPLICATIFS.....	<b>9</b>
12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF.....	<b>1</b>
RÈGLES GÉNÉRALES.....	<b>1</b>
DIAGNOSTIC.....	<b>3</b>
PRÉVENTION.....	<b>5</b>
RESTAURATION.....	<b>6</b>
# ENDODONTIE.....	<b>11</b>
# TRAITEMENT D'URGENCE.....	<b>12</b>
CHIRURGIE.....	<b>12</b>
# PROTHÈSE ACRYLIQUE.....	<b>30</b>
TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRES ASSURÉS.....	<b>33</b>
13. INDEX ALPHABÉTIQUE DES DIAGNOSTICS.....	<b>1</b>
INDEX ALPHABÉTIQUE.....	<b>3</b>
14. MANUELS ET FORMULAIRES.....	<b>1</b>
14.1 MANUELS.....	<b>1</b>
14.2 FORMULAIRES.....	<b>1</b>
14.3 LISTE DES FORMULAIRES.....	<b>2</b>

**9.07** Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens relève du Conseil d'administration et répond à ce dernier. Sous l'autorité directe du Conseil d'administration, il exerce les activités prévues aux paragraphes 9.02 et 9.06.

**9.08** Dans un établissement où il n'y a pas de directeur des services professionnels, les pouvoirs prévus au paragraphe 9.03 appartiennent au directeur général ou son représentant et ils sont exercés par ces derniers en conformité du paragraphe 9.05.

En ce même cas, le directeur général ou son représentant se substitue au directeur des services professionnels aux fins du paragraphe 9.06.

**9.09** Lorsqu'il n'y a pas de département ou de service dentaire dans un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier où exercent des dentistes, un dentiste nommé par le Conseil d'administration après consultation des dentistes ou à défaut des médecins de l'établissement assume le rôle et les responsabilités dévolus au chef du département dentaire par les paragraphes 9.05 et 9.06.

**9.10** Dans un établissement autre qu'un centre hospitalier où existe un département ou un service dentaire, le chef de ce département ou service est nommé par le Conseil d'administration après consultation des dentistes du département ou service. Tel chef est un dentiste nommé pour une période d'au plus quatre (4) ans.

#### CHAPITRE IV

### CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION EN ÉTABLISSEMENT

#### 10.00 CONDITIONS DE NOMINATION ET DE RENOUELEMENT DE NOMINATION

**10.01** Un dentiste doit, pour exercer sa profession dans un établissement, être titulaire d'une nomination décernée par cet établissement ou d'une autorisation qui y supplée en vertu du paragraphe 11.01.

Sous réserve du paragraphe 10.14, l'exercice de la profession dans un établissement comprend la participation du dentiste aux activités et programmes de santé de cet établissement qui s'appliquent en dehors du cadre physique de l'établissement à l'exception d'un cabinet privé, lorsqu'il agit en sa qualité de titulaire d'une nomination de cet établissement.

Toute nomination à honoraires fixes ou à tarif horaire décernée par un établissement doit être autorisée par le Ministre.

# **AVIS :** *Veillez soumettre vos demandes d'autorisation au ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante:*

*Monsieur Yves Lapointe  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des professionnels de la santé  
1005, Chemin Sainte-Foy, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 4N4  
Télécopieur : 418 266-8444*

*Toutefois, les renouvellements de nomination ne sont pas sujets à l'autorisation du Ministre.*

**10.02** Le dentiste jouit du statut et des privilèges qui lui sont accordés par le Conseil d'administration après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, s'il y en a un.

**10.03** Lorsqu'il n'y a pas de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans un établissement, la nomination du dentiste et l'attribution à ce dernier du statut et des privilèges sont effectuées par le Conseil d'administration après consultation des dentistes ou, s'il n'y en a pas, des médecins.

**10.04** Un dentiste désirant exercer sa profession dans un établissement doit adresser au directeur général une demande de nomination selon le modèle prescrit.

Le Conseil d'administration transmet au candidat une décision écrite dans les quarante-vingt-dix (90) jours de la réception de la demande originale par le directeur général.

**10.05** Le Conseil d'administration peut refuser une candidature. Le refus doit être motivé et se fonder uniquement sur les critères établis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Dans sa décision, le Conseil d'administration tient compte du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de dentistes autorisé, des ressources disponibles, des exigences propres à l'établissement. Le Conseil d'administration peut fonder son refus sur le fait que le dentiste a, au cours des trois années précédentes, omis de donner à ce conseil le préavis exigé par le paragraphe 10.15. Le Conseil d'administration peut aussi fonder son refus sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

**10.06** Le renouvellement ou le non-renouvellement de nomination, le changement de statut ou de privilèges, la réinstallation ou le congédiement d'un dentiste est décidé par le Conseil d'administration après consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou, s'il n'y a pas de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des dentistes de l'établissement ou, s'il n'y en a pas, des médecins.

Tout refus de renouvellement de nomination, de statut ou de privilèges, doit être motivé et se fonder uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite ou l'inobservance des règlements, eu égard aux exigences propres à l'établissement et le non-respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.

Tout congédiement ou tout refus de réinstallation doit être motivé et se fonder uniquement sur l'une des causes énumérées à l'alinéa précédent ou sur le non-respect des termes apparaissant à la résolution de sa nomination.

**10.07** La nomination d'un dentiste et l'attribution à ce dernier de ses statuts et privilèges sont pour une durée maximale de trois (3) ans. Le renouvellement d'une nomination est pour une durée minimale de deux (2) ans, à moins que la demande de renouvellement vise une durée inférieure à deux (2) ans.

**10.08** L'avis de renouvellement doit faire état de toute modification du nombre d'heures que comporte l'avis de nomination. S'il y a augmentation du nombre d'heures autorisées, le troisième (3<sup>o</sup>) alinéa du paragraphe 10.01 s'applique.

**AVIS :** *L'augmentation du nombre d'heures nécessite l'autorisation du Ministre.*

**10.09** Les effectifs dentaires dans un établissement sont déterminés par le Conseil d'administration après consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

**3.00 CONGÉS FÉRIÉS**

**3.01** Le dentiste a droit à treize (13) jours de congés fériés par année, du 1er mai au 30 avril.

Sous réserve du paragraphe 3.02, ces congés sont les suivants : la Fête de Dollard, la Fête nationale, la Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint et le Lundi de Pâques.

**AVIS :** - Utiliser le code de congé 40.  
- Voir le tableau des congés fériés, sous l'onglet « RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ».

*Ce tableau sera utilisé pour déterminer, entre autres, les droits du dentiste en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines ( art. 4.13, annexe V de l'Entente). Il sera utilisé aussi pour l'application de l'article 3.04 de l'annexe V de l'Entente.*

*Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans ce tableau, vous devez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement devront alors faire parvenir à la Régie, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration.*

*L'information doit être adressée à :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels  
C.P. 15 000  
Québec (Québec) G1K 9H9*

#

En plus des congés fériés prévus au présent paragraphe, les dentistes exerçant dans les seuls établissements à vocation psychiatrique reconnus ou dans un établissement visé à l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord ont droit à cinq (5) jours ouvrables additionnels de congé.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 41.*

Les congés prévus à l'alinéa précédent sont calculés au prorata des mois ouvrés.

**3.02** Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement à moins d'accord contraire entre le dentiste et le chef du département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef. Les congés additionnels prévus au paragraphe 3.01, troisième alinéa, sont pris après accord entre le chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef, et le dentiste concerné.

Toute modification aux dates des congés fériés ne peut, même si les périodes de référence ne sont pas les mêmes pour le personnel professionnel et pour le dentiste, donner à ce dernier le droit à plus de treize (13) congés fériés par période de référence.

**3.03** À l'occasion de la prise d'un congé férié, le dentiste est rémunéré à raison d'un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24. Il est rémunéré de la même façon pour les autres jours de congés prévus au paragraphe 3.01, troisième alinéa.

**3.04** Lorsque le dentiste est tenu d'exercer ses fonctions l'un de ces jours fériés ou lorsqu'il s'agit d'un dentiste dont l'horaire régulier d'activités professionnelles ne coïncide pas avec la date d'un congé férié, son congé lui est accordé, à la date convenue entre le chef du département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, et le dentiste concerné, dans la mesure où cette date se situe dans les quatre (4) semaines qui précèdent ou suivent le jour de congé férié et dans la mesure où ce report se situe dans la période du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril au cours de laquelle ce congé est prévu.

Dans l'éventualité où le congé férié ne peut lui être accordé dans les délais ci-haut prévus, le dentiste est rémunéré pour chaque jour de congé férié non chômé à raison d'un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

**3.05** Lorsque l'un de ces congés fériés survient pendant une invalidité n'excédant pas douze (12) mois, à l'exception des accidents du travail ou maladie professionnelle, le dentiste ne perd pas ce congé férié.

En ce cas, la Régie verse au dentiste la différence entre la prestation de l'assurance invalidité et la rémunération qu'il recevrait selon le paragraphe 3.03.

**AVIS :** *En période d'invalidité, utiliser le code de congé 42 pour la facturation des congés fériés.*

**3.06** Le présent paragraphe s'applique avec l'accord du chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef.

Lorsqu'un dentiste visé au troisième alinéa du paragraphe 3.01 a en réserve en date du 30 juin 1989, vingt (20) jours ou moins de congés fériés ou de congés additionnels accumulés aux termes des dispositions de l'annexe V applicables antérieurement au 1<sup>er</sup> mai 1989, ces congés fériés et ces congés additionnels lui sont payés rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1<sup>er</sup> janvier 1989. Si le dentiste a bénéficié de ces congés fériés et de ces congés additionnels, le paiement est ajusté selon la même formule.

Si le dentiste visé à l'alinéa précédent a en réserve au 30 juin 1989, plus de vingt (20) jours de congés fériés ou de congés additionnels accumulés, les congés fériés et les congés additionnels en surplus des vingt (20) premiers constituent une réserve que le dentiste doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de congés fériés et de ces jours de congés additionnels, le dentiste est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 ½) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de congé férié ou pour chaque jour de congé additionnel ainsi pris.

Toutefois, lorsqu'un dentiste non visé au paragraphe 3.01 troisième alinéa a en réserve en date du 30 juin 1989, quinze (15) jours ou moins de congés fériés accumulés aux termes des dispositions de l'annexe V applicables antérieurement au 1<sup>er</sup> mai 1989, ces congés fériés lui sont payés rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1<sup>er</sup> janvier 1989. Si le dentiste a bénéficié de ces congés fériés, le paiement est ajusté selon la même formule.

## ANNEXE VIII

**MESURES INCITATIVES  
POUR FAVORISER LA RÉPARTITION DES DENTISTES**

**AVIS :** *Pour la rédaction de la DEMANDE DE REMBOURSEMENT et informations sur les MESSAGES EXPLICATIFS concernant les mesures incitatives, veuillez vous référer aux onglets spécifiques du présent manuel.*

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

**1.0 PRIMES D'ÉLOIGNEMENT OU D'ISOLEMENT**

**1.1** Les secteurs suivants sont considérés comme isolés aux fins du présent article :

**Secteur V :**

Les localités de Tasiujaq Ivujivik, Kangiqsualujjuaq, Aupaluk, Quaqtac, Akulivik, Kangiqsujuaq, Kangiqsuk, Salluit, Tarpangajuk;

**Secteur IV :**

Les localités de Wemindji, Eastmain, Fort Rupert (Waskageganish), Nemiscau (Nemaska), Inukjuak, Purvirnituk;

**Secteur III :**

# Le territoire situé au nord du 51<sup>ème</sup> degré de latitude incluant Mistissini, Kuujuaq, Umiujaq, Kuujuarapik, Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo), Chisasibi, Baie James (Radisson), Schefferville, Kawawachikamach et Waswanipi à l'exception de Fermont et des localités spécifiées aux secteurs IV et V;

Les localités de Parent, Sanmaur et Clova;

Le territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Havre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'Île d'Anticosti.

**Secteur II :**

La municipalité de Fermont;

Le territoire de la Côte-Nord, situé à l'est de la Rivière Moisie et s'étendant jusqu'à Havre St-Pierre inclusivement;

Les Îles-de-la-Madeleine.

**Secteur I :**

Les localités de Chibougamau, Chapais, Matagami, Baie James (Joutel), Lebel-sur-Quévillon, Témiscamingue et Ville-Marie.

**1. ENTENTE****Dentistes**

**1.2** Le dentiste qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessus reçoit, après une période continue d'au moins dix (10) mois, la prime d'éloignement ou d'isolement annuelle suivante:

<b>Secteurs</b>	<b>À compter du 2003-04-01</b>
	\$
<b>Avec dépendants</b>	
Secteur V	16 621
Secteur IV	14 089
Secteur III	10 834
Secteur II	8 610
Secteur I	6 962
<b>Sans dépendants</b>	
Secteur V	9 428
Secteur IV	7 993
Secteur III	6 773
Secteur II	5 739
Secteur I	4 869

Aux fins d'application des présentes est réputé avoir sa résidence principale dans la localité ou la municipalité ci-haut mentionnée, le dentiste qui a sa résidence principale à moins de cinquante (50) kilomètres de cette localité ou municipalité.

Le montant de la prime d'éloignement ou d'isolement est celui consenti dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Pendant la durée de l'Entente, ou toute période visée par son extension, tout décret ou décision gouvernementale ayant pour effet de hausser le montant de ces primes bénéficie, automatiquement, au dentiste régi par la présente annexe.

**1.3** Le dentiste à demi-temps exerçant dans un des secteurs ci-haut mentionnés reçoit la moitié de cette prime.

**1.4** La prime prévue ci-dessus est payée trimestriellement au prorata de la durée du séjour dans chaque secteur donné.

**1.5** Sous réserve du paragraphe précédent, la Régie cesse de verser la prime d'isolement ou d'éloignement établie en vertu de la présente section si le dentiste et ses dépendants quittent délibérément le territoire lors d'un congé ou d'absence rémunérée de plus de trente (30) jours, sauf s'il s'agit de congé annuel, de congé férié, de congé de maladie, de congé de maternité, d'un séjour de ressourcement, d'une reprise de temps supplémentaire, d'absence pour accident du travail, maladie professionnelle ou retrait préventif.

**1.6** Dépendant : Le conjoint et, le cas échéant, l'enfant à charge tels que définis à l'article sur le régime d'assurance et tout autre dépendant au sens de la Loi sur les impôts, à condition que celui-ci réside avec le dentiste. Cependant, aux fins de la présente annexe, les revenus tirés d'un emploi par le conjoint du dentiste n'ont pas pour effet de lui enlever son statut de dépendant. Le fait pour un enfant de fréquenter une école secondaire dans un autre endroit que le lieu de résidence du dentiste ne lui enlève pas son statut de dépendant.

## 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 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 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**

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

Transcrire sur la demande de paiement les renseignements contenus sur la carte d'assurance maladie de la personne assurée.

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

- # Dans ce cas, la personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée » qui le concerne et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

**c) nouvelle carte**

Si la personne assurée vous présente la nouvelle carte, vérifiez 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 assurée doit payer les honoraires au professionnel.

- # Dans ce cas, le professionnel ne doit pas remettre le formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée ».

**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 :**
- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse).
    - si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE un astérisque (\*) suivi du nom de famille. **Aucune autre mention que l'astérisque (\*) comme prénom ne doit être utilisée;**
    - de plus, s'il s'agit de naissances multiples, **ajouter** la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (l'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.)
  - **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 y inscrire tous les éléments d'identité du père ou de la mère (prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance).
  - **ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la demande de paiement.**

*b) La personne 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, 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 ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 », dans le Répertoire des établissements) :*

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

**2- Dans tous les autres cas :**

- # La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée » qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie.

**2.2 PRESTATAIRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI**

Les prestataires du programme d'assistance emploi détiennent un **carnet de réclamation** (comportant deux volets) qui leur donne droit aux services dentaires assurés. Ils doivent le présenter au dentiste chaque fois qu'ils reçoivent un tel service.

Le volet de gauche du carnet identifie le prestataire (nom et prénom, adresse) son numéro d'admissibilité (alphanumérique à 12 caractères), et la période de validité du carnet.

**Avant de rendre un service, cette période de validité** doit être vérifiée afin de déterminer si la personne est admissible au programme, à la date du service.

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**.

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

**Remarque : Il est important de vérifier** si le prestataire, détenteur d'un carnet de réclamation, est soumis au **délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques : dans ce cas, la mention « À COMPTER DU XX-XX-XX » figure dans la section « Référence » de son carnet.

**3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE****# DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE (n° 1670) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (n° 2076)****3.0 AVANT-PROPOS**

Sur demande, la Régie fait parvenir à tous les dentistes une provision de demandes de paiement. Le dentiste peut acquérir des demandes de paiement additionnelles, au besoin, en utilisant le formulaire n° 1491 « COMMANDE DE FORMULAIRES ».

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.**

Écrire les renseignements **lisiblement**, de préférence à la machine à écrire ou en lettres moulées.

Toute erreur ou omission (date, no 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 six janvier 20AA s'écrit AA-01-06.

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 sept sections :

1. Identité de la personne assurée
2. Identité du dentiste 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 dentiste 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 DENTISTE 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.**

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 (cette donnée est facultative);
- le numéro séquentiel de la carte;
- la date d'expiration de la carte d'assurance maladie ;
- 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 Prestataires du programme d'assistance emploi**

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 : le numéro civique, 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;
- le numéro et la date de l'autorisation lors de la facturation de prothèse dentaire acrylique. (Voir l'exemple du formulaire à l'annexe IV, sous le présent onglet).

***A- LE PRESTATAIRE DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI PRÉ-SENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :***

- 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 DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :**

**1) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation sont présents au dossier du prestataire :**

- inscrire sur la demande de paiement le numéro d'assurance maladie;
- remplir de la façon habituelle les autres cases de la section « identité de la personne assurée ».

**2) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation ne sont pas disponibles au dossier du prestataire mais il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :**

**a) le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :**

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

**b) le prestataire est admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 », dans le Répertoire des établissements) :**

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

**3) Dans tous les autres cas :**

- # - remplir le formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée » figurant à la section 3.4 du présent onglet.

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

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 et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

MÉTHODE DE CALCUL

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 = 916,00 \$ divisé par 2 = 458,00 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 458,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 458,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 458,00 \$ divisé par 2 = 229,00 \$.

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

#	Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 % . . . . .	458,00 \$
#	Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 % . . . . .	229,00 \$
#	<b>TOTAL du code d'acte 51120</b> . . . . .	<b>687,00 \$</b>

**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**

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**.
- **Joindre** 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 conservée 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**

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale
- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse
- 2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale
- 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
- Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52250 ou 52251, 51100 avec 52251, 51111 avec 52240 ou 52241, 51110 avec 52241.
- 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. et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

**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 = 916,00 \$ divisé par 2 = 458,00 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 458,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 458,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 %: 458,00 \$ divisé par 2 = 229,00 \$.

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

Valeur de la prothèse suite à une chirurgie buccale payable à 100 %	458,00 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 % . . . . .	229,00 \$
<b>TOTAL du code d'acte 51121 . . . . .</b>	<b>687,00 \$</b>

**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

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**.

Joindre 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.

**3.2.6 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE**

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le dentiste 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 dentiste 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 dentiste 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 d'inscrire 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)*

# 3.4 **DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**  
(Formulaire n° 2076) (suite)

---

**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 VII = Liste des cliniques privées d'anesthésie générale

---

**ANNEXE I :**  
**LISTE DES RÔLES**

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

**ANNEXE II :**  
**LISTE DES MODIFICATEURS**

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

	<b>MODIF.</b>
<b>RÈGLE GÉNÉRALE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 1.4	
Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à quatre-vingt-un pour cent (81 %) du tarif établi	<b>041</b>
<b>CHIRURGIE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 6.3	
Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du dentiste qui a pratiqué l'acte chirurgical est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical . . . . .	<b>013</b>
Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical . . . . .	<b>014</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.4	
Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne assurée par le même dentiste au cours d'une même séance, les actes secondaires sont rémunérés à 50 % . . . . .	<b>050</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.6	
Si une nouvelle intervention n'est pas reliée à une première ou n'en résulte pas, la rémunération est fixée à 100 % . . . . .	<b>010</b>
Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 % . . . . .	<b>048</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.7	
Lorsque pour une même fracture une réduction fermée est suivie d'une réduction ouverte, la première est rémunérée à 50 % de la prestation payable pour cette réduction fermée . . . . .	<b>046</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.8	
Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le dentiste requiert l'assistance d'un autre dentiste ou d'un chirurgien buccal, 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. . . . .	<b>050</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.27	
Mise en place ou ablation de plusieurs attelles dans une même séance; la prestation correspond à 50 % du tarif fixé pour les attelles les moins rémunérées . . . . .	<b>045</b>

**4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES****DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES  
ET SALARIAT (Formulaire n° 1216)****4.0 AVANT-PROPOS**

La Régie met à la disposition de tous les dentistes admissibles au paiement d'honoraires fixes, un approvisionnement de demandes de paiement.

Le dentiste peut demander, au besoin, un nouvel approvisionnement à la Régie, en utilisant le formulaire COMMANDE DE FORMULAIRES (n° 1491).

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.**

Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la machine à écrire ou en lettres moulées.

**Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, 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 1<sup>er</sup> novembre 20AA s'écrit AA.11.01.

**4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES**

**Dentistes**

**4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** *(Formulaire n° 1216)*

**4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS**

**Remarque :** La codification administrative présentée ci-dessous ne modifie en rien l'Entente, mais est un moyen de permettre au dentiste de facturer les services **déjà prévus** par celle-ci.

**Services dentaires en centre (établissement)**

- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002092** Autres services (à préciser par le dentiste)
- 002098** Services de santé durant le délai de carence

**Santé publique**

- 005032** Rencontres multidisciplinaires
- 005037** Planification programmation - évaluation
- 005038** Coordination
- 005047** Exécution
- 005098** Services de santé durant le délai de carence

**Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord**

- # **017030** Services cliniques
- 017032** Rencontres multidisciplinaires
- 017092** Temps de déplacement et d'installation, selon le paragraphe 3.03 ainsi que les autres services (à préciser par le dentiste)
- 017098** Services de santé durant le délai de carence

**4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE****CONGÉS PARENTAUX**

avec rémunération

- 01** Maternité - Congé rémunéré (paragraphe 1.01)
- 10** Congé spécial, moins de 5 jours - Complication de grossesse (paragraphe 1.20a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20b)
- 71** Congé spécial, 5 jours et plus - Complication de grossesse (paragraphe 1.20a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20b)
- 21** Congé spécial - Visites reliées à la grossesse (paragraphe 1.20c)
- 22** Maternité - Retrait préventif CSST (non prévu à l'entente)
- 23** Paternité - Congé rémunéré (paragraphe 1.22)
- 25** Adoption - Congé 10 semaines (paragraphe 1.23)
- 26** Congé de 5 jours pour adoption - 2 jours précédant le code 28 (paragraphe 1.23)

sans rémunération

- 27** Maternité - Extension sans rémunération (paragraphe 1.05)
- 28** Congé de 5 jours pour adoption - 3 jours suivant le code 26 (paragraphe 1.23)
- 29** Maternité - Prolongation (paragraphe 1.21)
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (paragraphe 1.23)
- 31** Congé en vue d'une adoption - 10 semaines (paragraphe 1.23)
- 35** Paternité - prolongation (paragraphe 1.21)
- 36** Adoption - prolongation (paragraphe 1.21)
- 60** Congé parental (paragraphe 4.12)

**VACANCES**

- 02** Vacances annuelles (paragraphe 2.02)
- 32** Vacances anticipées (paragraphe 2.07)
- 34** Vacances reportées (paragraphe 2.14)

**CONGÉS FÉRIÉS**

- 40** Congé férié annuel (paragraphe 3.01)
- 41** Congé additionnel (paragraphe 3.01)
- 42** Congé férié en période d'invalidité (paragraphe 3.05)

**CONGÉS SPÉCIAUX**

avec rémunération

- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (paragraphe 4.01c)
- 08** Juré ou témoin (paragraphe 4.06)
- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (paragraphe 4.01a)
- 51** Décès des père, mère, frère, soeur, enfant (à l'exception de ceux prévus à 4.01a), beau-père, belle-mère, bru et gendre (paragraphe 4.01b)
- 52** Congé à traitement différé (paragraphe 10.03)

Sans rémunération

- 20** Congé après entente avec l'établissement (paragraphe 4.12)
- 54** Candidat et exercice d'une fonction publique (paragraphe 4.05)
- 55** Mariage (paragraphe 4.07)
- 56** Congé annuel sans rémunération (paragraphe 4.08)
- 57** Année sabbatique (paragraphe 4.10)
- 58** Cours de formation (paragraphe 4.11)
- 59** Congé syndical (paragraphe 5.05 de l'Entente, chapitre II)
- 61** Participation au comité de révision (paragraphe 1.12 et 1.24)

**PERFECTIONNEMENT**

- 09** Congé de perfectionnement (paragraphe 5.01)
- 11** Congé de perfectionnement reporté (paragraphe 5.02)
- 18** Congé de ressourcement anticipé (annexe VIII)
- 19** Congé de ressourcement (annexe VIII)

**RÉGIMES D'ASSURANCES**

Comité paritaire

- 70** Participation au comité paritaire (paragraphe 6.18)

Invalidité

- 10** Assurance invalidité, moins de 5 jours (paragraphe 8.02a i)
- 71** Assurance invalidité, 5 jours et plus (paragraphe 8.02a i)
- 72** Assurance invalidité en période de réadaptation (paragraphe 8.02a ii)

**4.6 SECTEURS DE DISPENSATION**

**S'applique dans tout centre, sauf en CLSC**

- 01** clinique externe
- 02** moyen séjour
- 03** courte durée (section générale)
- 04** longue durée
- 05** unité de soins intensifs
- 06** unité de soins coronariens
- 07** clinique d'urgence
- 08** département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09** hôpital de jour
- 10** hôpital à domicile
- 11** laboratoire

## # 4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

JOUR FÉRIÉ	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Journée nationale des Patriotes	24 mai 04	23 mai 05	22 mai 06
Fête nationale du Québec	24 juin 04	24 juin 05	23 juin 06
Fête du Canada	1 <sup>er</sup> juillet 04	1 <sup>er</sup> juillet 05	30 juin 06
Fête du travail	6 septembre 04	5 septembre 05	4 septembre 06
Action de Grâce	11 octobre 04	10 octobre 05	9 octobre 06
Veille de Noël	24 décembre 04	23 décembre 05	22 décembre 06
Fête de Noël	27 décembre 04	26 décembre 05	25 décembre 06
Lendemain de Noël	28 décembre 04	27 décembre 05	26 décembre 06
Veille du Jour de l'An	31 décembre 04	30 décembre 05	29 décembre 06
Jour de l'An	3 janvier 05	2 janvier 06	1 janvier 07
Lendemain du Jour de l'An	4 janvier 05	3 janvier 06	2 janvier 07
Vendredi Saint	25 mars 05	14 avril 06	6 avril 07
Lundi de Pâques	28 mars 05	17 avril 06	9 avril 07

Ce tableau est publié à titre de référence pour le dentiste. Il est utilisé à la Régie pour déterminer les droits du dentiste au début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tel un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (art. 4.13, annexe V de l'Entente).

De plus, ce tableau est utilisé pour l'application du paragraphe 3.04 de l'annexe V de l'Entente.

Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans le tableau qui précède, vous devrez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement devront alors faire parvenir à la Régie, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration.

Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont diffusés dans Internet. Vous pouvez y accéder à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), en cliquant sur la rubrique « Établissements du réseau de la santé », puis sur « Calendrier des jours fériés ».

**6.2 RÉDACTION DE LA FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE**

**PARTIE 1**

**Identité de la personne assurée**

La section réservée à l'identité de la personne assurée est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le prénom au complet et le nom de famille à la naissance;
- le nom de famille de l'époux lorsque la personne assurée est une femme mariée (facultatif) et 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 : année, mois, jour;
- le sexe : «F» pour féminin; «M» pour masculin;
- l'adresse complète soit : le numéro de la porte 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.

**Vérification de la carte**

**LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

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

**1- la date d'expiration est postérieure à la date des services**

- l'imprimante permet de transcrire sur la feuille d'activité tous les éléments de l'identité de la personne assurée, sauf l'adresse; celle-ci doit être inscrite dans la case prévue à cette fin;
- à défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire sur la feuille d'activité les renseignements contenus sur la carte d'assurance maladie de la personne assurée et inscrire l'adresse complète.

**2- la date d'expiration est antérieure à la date des services**

# Dans ce cas, la personne assurée doit payer elle-même les honoraires à l'établissement qui les lui remboursera sur la présentation d'une carte valide.

**3- dans le cas de la nouvelle carte avec photo et signature**

Si la personne assurée vous présente la nouvelle carte, vérifiez à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si celle-ci est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne assurée doit payer les honoraires à l'établissement qui les lui remboursera sur la présentation d'une carte valide.

**LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas identifié comme exception au point 4.3, INTRODUCTION :** la feuille d'activité n'est pas requise.

**2- Dans tous les autres cas :** La personne assurée doit payer elle-même les honoraires à l'établissement qui les lui remboursera sur présentation d'une carte valide.

**PARTIE 2****Nom du professionnel**

L'identité du dentiste ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- l'initiale du prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie; **(7 chiffres)**

L'identification du dentiste est facilitée par l'emploi de l'imprimante qui comporte en permanence l'initiale de son prénom, son nom et son numéro d'inscription.

Si le dentiste n'utilise pas l'imprimante, il doit veiller à ce que son identité soit **exactement la même que celle figurant sur son imprimante.**

**PARTIE 3****Salariat honoraires fixes - honoraires forfaitaires.**

Le dentiste coche la case appropriée **selon son mode de rémunération** au moment où les services ont été rendus à la personne assurée identifiée.

Deux choix sont permis :

1. Le mode des **honoraires fixes**.
2. Le mode des honoraires forfaitaires inclut la **vacation** .

**PARTIE 4****Diagnostic principal et renseignements complémentaires**

Cette partie sert à inscrire le ou les diagnostics ainsi que tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile concernant l'acte posé.

**- Diagnostic principal**

# Inscrire le ou les diagnostics selon la terminologie ou la codification de la Classification Internationale des Maladies, en vous référant à l'onglet DIAGNOSTICS.

- 1) S'il n'y a aucune pathologie, inscrire dans la case appropriée le code V70.0 pour un adulte, ou V20.2 (dentistes : V90.9) pour un enfant ou encore, **«état normal»**.
- 2) S'il n'y a qu'un seul diagnostic, inscrire le code de diagnostic ou le nom en le soulignant, dans l'une des cases appropriées.
- 3) S'il y a plusieurs diagnostics, inscrire le code du diagnostic principal dans les cases appropriées ou le nom en le soulignant et les autres diagnostics par leur code ou leur nom, selon leur influence sur le pronostic et sur le traitement.

**- Renseignements complémentaires**

Tout renseignement jugé nécessaire ou utile concernant l'acte posé.

## PARTIE 5

## Motifs d'utilisation de la feuille d'activité - Bénéficiaire

Le dentiste indique dans cette partie la situation du patient à qui il a dispensé un ou des services cliniques en cochant la case appropriée. Les situations possibles sont les suivantes :

Nous vous rappelons que certaines exceptions à la présentation de la feuille d'activité sont prévues et énumérées au point **6, AVANT-PROPOS**.

- **C.S.S.T.**

Cocher cette case pour des services rendus dont les coûts doivent être assumés par la C.S.S.T., dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

- # - **MMSRFP (MESS) - soins dentaires** Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle (*Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale*)

Cocher cette case lorsqu'un service a été rendu à une personne assurée qui détient un carnet de réclamation valide à la date du service.

- # - **NON BÉNÉFICIAIRE (Personne non assurée)**

Cocher cette case lorsque le service a été rendu à une personne qui n'est pas une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

- # - **NON présentation d'une carte valide**

Cocher cette case lorsque la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou lorsque la date d'expiration de la carte d'assurance maladie est antérieure à la date du service (voir partie 2).

- **Victime d'acte criminel**

Cocher cette case lorsque les services ont été rendus à la suite d'un acte criminel.

- **Loi favorisant le civisme**

Cocher cette case lorsque les services ont été requis à la suite d'une lésion corporelle subie lorsque la personne assurée tentait de porter secours à une autre personne.

- **Services non assurés**

Cocher cette case lorsque le service rendu est non assuré dans le cadre de la Loi sur l'assurance maladie.

- **Autres cas**

Cocher cette case lorsque le dentiste a une raison de croire que le service est imputable à un tiers responsable; ainsi tous les cas d'accident autres qu'accident de voiture ou accident de travail doivent être identifiés.

**PARTIE 9****Code d'établissement**

Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

- Le code d'établissement est requis. Ces codes d'établissement se retrouvent dans le **Répertoire des établissements**, disponible sur demande.
- Des codes d'établissement spécifiques identifient les différents types d'établissements; de plus, le dernier chiffre du code prend une valeur différente selon le secteur de l'établissement où les soins ont été rendus. Leur signification se retrouve à l'annexe V, à l'onglet Rémunération à l'acte.
- Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le code d'établissement auquel il est rattaché.

**PARTIE 10****Signature du professionnel**

La feuille d'activité - Bénéficiaire doit être signée par le dentiste qui a dispensé les services ou par une personne dûment mandatée conformément au Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. Le dentiste peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

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

**6.3 EXPÉDITION**

Avant d'expédier les feuilles d'activité - Bénéficiaire à la Régie, détacher les exemplaires du professionnel et de l'établissement, les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet **les copies destinées à la Régie** ou les joindre aux demandes de paiement correspondantes. **Ne pas surcharger les enveloppes.**

**Affranchir suffisamment les envois et ne pas oublier d'inscrire les nom et adresse dans le coin supérieur gauche.** Toutes les demandes de paiement et les feuilles d'activité -Bénéficiaire doivent être adressées à :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C.P. 500  
# Québec (Québec) G1K 7B4

## 7. PAIEMENT À L'ACTE

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

### 7.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement se fait toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou dépôt direct à l'ordre du dentiste traitant ou d'une société de dentistes dont il est membre.

Le dépôt direct se fait dans les trois jours **ouvrables** suivant la date du paiement. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$.

### 7.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (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 quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.**

### 7.3 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 ou le traitement des disquettes.

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.

#### 7.3.1 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 section **7.9**).

**7.4 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 \$.

#

**7.4.1 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.

**7.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et sommaire)**

1. NOM : Nom et prénom du dentiste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du dentiste ainsi que son chiffre-preuve.
3. NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT: Numéro du compte administratif du dentiste, 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, la lettre « V ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
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) ou « T » (Internet, télécommunication ou disquette).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGE : Numérotation des pages de l'état de compte.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le dentiste ou par son mandataire 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****Paievements 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 A.C.D.Q.)**Description des codes de transactions** (TRA)

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

#

**7.4.1.2 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 (AA-MM-JJ).
- 3a.** ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte visé 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) et/ou à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir **7.9**)
- 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.

**7.4.1.3 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, ou parce que vous êtes un professionnel désengagé.

**7.4.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir **7**). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

**7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**7.5.2 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.**

**7.5.3 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 **7.7**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **7.9**).

Le dentiste 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 **7.5.4b**).

**7.5.4 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 et du code de message explicatif approprié (voir **7.9**). 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 **7.7**) 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.**

**7.5.5 Demande de révision**

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 n° 1549 « Demande de révision ou d'explications » (voir onglet Manuels et formulaires) 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)**.

**7.6 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 avec la mention du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (voir 7.9).

Pour obtenir paiement, le dentiste 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, le cas échéant.

**7.7 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 **7.9**).

- # 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.
- # 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 et 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.

# 7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006)

# **CALENDRIER DE PAIEMENT** (2007)

**MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE****7.9 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.
- 101** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, incomplets, invalides ou illisibles.
- 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.
- 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 de l'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.. (Réf. : section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et 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 (Réf. : section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et 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.
- 109** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou la personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- 110** Carte d'assurance maladie 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 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** Numéro d'assurance maladie absent et date de naissance postérieure à la date des services. Veuillez 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 admissible au programme d'assistance emploi à la date des services. Veuillez 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.
- 130** La personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- # **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 au programme d'assistance emploi (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 services dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'assistance emploi (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.
- # **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.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance, 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 facturés lorsque des services concernant les deux maxillaires sont en cause à la même séance. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car les informations apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire d'autorisation sont incompatibles avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 200** Les services pour lesquels vous demandez un paiement ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-participant, les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. (Références : art. 36 de la Loi sur l'assurance maladie, art. 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et art. 16.01 - 5e alinéa de l'entente des dentistes).

- 203** Selon nos dossiers, votre type de permis de pratique régulier limité ne vous permet pas de facturer ce code d'acte.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 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 technique peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 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 de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 216** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI où il est spécifié que seul un pédodontiste a droit au montant forfaitaire.
- 223** Votre statut de résident en médecine dentaire ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 232** Veuillez vous conformer à l'avis énoncé sous la règle d'application 4.5.1. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 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, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».
- # 256** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI qui stipule que seul un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste, un médecin omnipraticien ou spécialiste est habilité à référer un enfant de moins de dix ans à un pédodontiste.
- 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 postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.

- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter ces renseignements :
- 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.
- 320** Date des services impossible. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** Date des services absente, illisible ou incomplète.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés. 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** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 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 au cours d'une même séance.
- 360** Code d'acte absent. Veuillez 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.

- 525** Le numéro de surface étant absent ou non acceptable, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour le code d'acte indiqué sur l'état de compte.
- 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 6.8 pour le rôle d'assistant au dentiste principal.
- 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** Modificateur utilisé incompatible avec rôle demandé pour ce code d'acte.
- 579** Les actes pour lesquels vous demandez paiement sont sujets à l'application du modificateur 010 ou 048. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement (réf. : Règle d'application 6.6).
- 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.
- # **617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une évaluation professionnelle par un dentiste.
- # **618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une évaluation professionnelle par un dentiste, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 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 services vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse acrylique suite à une chirurgie buccale.
- # **650** Demande de paiement soumise à une évaluation professionnelle par un dentiste, une appréciation particulière d'ordre juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.

- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de prothèse. Veuillez resoumettre une nouvelle demande de paiement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 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 apparaissant 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 irréparable, 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** Le code d'acte, le rôle ou les honoraires sont modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 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.
- 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.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

## 8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le dentiste doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.**

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux dentistes rémunérés **à honoraires fixes.**

### 8.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct à l'ordre du dentiste traitant.

Le dépôt direct se fait dans les trois jours **ouvrables** suivant la date du paiement. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$.

### 8.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (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 quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.**

### 8.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, 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.

#### 8.3.1 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.

**8.4 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 transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

#

**8.4.1 Description**

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

**8.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et Sommaire)**

1. NOM : Nom et prénom du dentiste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du dentiste, ainsi que son chiffre-preuve.
3. NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro d'établissement.
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, il s'agit de la lettre « V ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
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, télécommunication ou disquette).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut au besoin 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 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le dentiste pour l'envoi de ses états de compte.

**Sommaire**

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

**Messages généraux  
Paiements 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;

**Description des gains** : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, congé rémunéré, etc.).

**Déductions cumulatives** (Cotisation A.C.D.Q.)

**Description des codes de transactions** (TRA)

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

#

**8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 10a)**

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. Lorsque la Régie effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- # 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. TEMPS PAYÉ : Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) 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 paiement. Pour une demande de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de 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.

**8.4.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

**8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**8.5.2 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.**

**8.5.3 Paiement refusé en partie**

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification des honoraires figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **8.6**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **8.8**).

Le dentiste 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 **8.5.4b**).

**8.5.4 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 **8.6**) et du code de message explicatif approprié (voir **8.8**); le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

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 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** 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.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir **8.6**) 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.**

**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 la rectification d'honoraires.**

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATION » (Voir onglet Manuels et formulaires).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

**8.5.5 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 **8.6**) et du code de message explicatif approprié; le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (Voir également la liste des messages explicatifs à la section **8.8** du présent onglet).

Pour obtenir paiement, le dentiste 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 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.

**8.6 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 messages explicatifs (voir **8.8**)

- # 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.
- # 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 et 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.

# 8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006)

# **CALENDRIER DE PAIEMENT (2007)**

**MESSAGES EXPLICATIFS - HONORAIRES FIXES****8.8 MESSAGES EXPLICATIFS**

- 001** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 002** Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 003** Le numéro du professionnel est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 005** Services fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement selon le mode de rémunération à honoraires fixes ou à salaire.
- 007** Services fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 009** Veuillez inscrire la lettre « **B** » dans la case C.S., lors d'une refacturation.
- 010** La période de facturation est absente, incomplète, non valide ou illisible.
- 012** La durée de la période de facturation excède 7 jours.
- 013** Délai de facturation, de refacturation ou de révision expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'entente.
- 014** La période de facturation correspondant aux services rendus est postérieure à la date de réception de votre demande de paiement à la Régie.
- 019** Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 022** Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent ou inexistant au fichier des établissements.
- 023** Demande de paiement retenue puisque le contrat ou l'avis de service est non conforme ou non reçu pour les services fournis dans l'établissement concerné.
- 024** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 025** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée au contrat ou à l'avis de service.
- 026** La date (quantième) identifiant un jour de la période a été modifiée afin de la rendre compatible avec les dates de la période de facturation.
- 027** La période de facturation a été modifiée pour la rendre compatible avec les dates identifiant les jours de la période.
- 028** Facturation non retenue parce que située à l'extérieur de la période inscrite sur la demande de paiement.
- 029** La date (quantième) permettant l'identification du jour de la période est absente, incomplète, non valide ou illisible.

- 030** Date du jour (quantième) pour la remise de temps, absente ou invraisemblable.
- 031** Facturation non retenue parce que non couverte par un contrat ou un avis de service.
- 033** Votre congé de maternité est considéré comme étant terminé.
- 034** Facturation non retenue parce que vous étiez en assurance invalidité.
- 035** Facturation non retenue parce que déjà payée.
- 037** Le congé ne peut être rémunéré car le nombre d'heures travaillées réclamé pour cette date est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévues au contrat ou à l'avis de service.
- 042** L'indicateur de plage horaire multiple n'est pas permis.
- # **049** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 051** Les heures réclamées sont illisibles ou non conformes.
- 052** La somme des heures et/ou des congés réclamés pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 053** Facturation non retenue parce que la garde doit se faire en sus du temps régulier.
- 054** Facturation non retenue parce que la garde en disponibilité vous est payable à l'acte.
- 059** Le type d'avis de service que vous possédez ne vous donne pas droit aux avantages sociaux et/ou à l'accumulation et à la remise d'heures supplémentaires.
- 062** Le total des heures travaillées a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- 064** Le total des jours de congé a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- 065** Le code de congé réclamé est inexistant à la date de facturation.
- 066** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 29.
- 067** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 27.
- 069** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période d'assurance invalidité.
- 075** Vous n'êtes pas encore admissible aux régimes d'assurance.
- 077** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé de maternité.
- 078** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé sans rémunération autorisée.
- 080** Le montant déclaré à titre de juré ou de témoin n'a pas été considéré parce qu'il est illisible ou incomplet. Veuillez confirmer ce montant.

## 9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le dentiste doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.**

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux dentistes rémunérés **à tarif horaire.**

### 9.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct à l'ordre du dentiste traitant ou d'une société de dentistes dont il est membre.

Le dépôt direct se fait dans les trois jours **ouvrables** suivant la date du paiement. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$.

### 9.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

**Si une demande de paiement ne figure pas sur les états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.**

### 9.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, 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.

#### 9.3.1 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.

**9.4 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 transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

#

**9.4.1 Description**

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

**9.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et Sommaire)**

1. NOM : Nom et prénom du dentiste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du dentiste, ainsi que son chiffre-preuve.
3. NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro du compte administratif du dentiste, s'il y a lieu.
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du dépôt direct dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèse et dans le second cas, il s'agit de la lettre « **V** ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
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 forme de réception figure comme suit : la lettre « **P** » (papier) ou « **T** » (Internet, télécommunication ou disquette).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut au besoin 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 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le dentiste pour l'envoi de ses états de compte.

**Sommaire**

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

**Messages généraux** **Paiements 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;

**Description des gains** : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, etc.).

**Déductions cumulatives** (Cotisation A.C.D.Q.)

**Description des codes de transactions** (TRA)

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

#

**9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 10a)**

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement ou des demandes de remboursement des frais de déplacement par ordre croissant.
- # 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement ou la demande de remboursement des frais de déplacement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. TEMPS PAYÉ : Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) 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 paiement.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de 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.

**9.4.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

**9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**Remarque :** Le montant payé correspond au nombre d'heures payées multiplié par le tarif en vigueur dans la localité où les services ont été rendus.

**9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**9.5.2 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.**

**9.5.3 Paiement refusé en partie**

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification des honoraires figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **9.6**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **9.8**).

Le dentiste 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 **9.5.4b**).

**9.5.4 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 **9.6**) et du code de message explicatif approprié (voir **9.8**); le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

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 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le **numéro d'identification** 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.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir **8.6**) 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.**

**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 la rectification d'honoraires.**

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATION » (Voir onglet Manuels et formulaires).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

**9.5.5 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 **9.6**) et du code de message explicatif approprié; le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (Voir également la liste des messages explicatifs à la section **9.8** du présent onglet).

Pour obtenir paiement, le dentiste 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 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.

**9.6 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 messages explicatifs (voir **9.8**).

- # 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.
- # 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- Codes 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 et 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.

# 9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006)

**# CALENDRIER DE PAIEMENT (2007)**

**9.8 MESSAGES EXPLICATIFS - TARIF HORAIRE**

- 100** Le numéro du professionnel est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 101** Le numéro du professionnel est absent au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 102** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 103** Services fournis alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir paiement de la Régie.
- 104** Selon nos informations, les services ont été dispensés lorsque vous n'aviez pas le droit d'être payé à la vacation ou au tarif horaire.
- 125** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée à l'avis de service.
- 150** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 151** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 152** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 153** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 160** La signature du professionnel de la santé est absente. Veuillez refacturer.
- 161** La signature du représentant de l'établissement est absente, veuillez refacturer.
- 162** Les signatures du professionnel de la santé et du représentant de l'établissement sont absentes, veuillez refacturer.
- 163** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le professionnel.
- 164** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 165** La demande de paiement n'est dûment signée ni par le professionnel ni par le représentant de l'établissement.
- 166** La signature du professionnel de la santé est absente de la demande de remboursement des frais de déplacement, veuillez refacturer.
- 167** La demande de remboursement des frais de déplacement n'est pas dûment signée par le professionnel.
- 200** Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- # 201** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 202** Numéro d'établissement inexistant au moment de la période de facturation.
- 203** L'identification de l'établissement est absente, non valide, incomplète ou illisible.

- 204** Les services ne peuvent vous être payés dans cet établissement parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 205** Les services sont non assurés.
- 206** Les services pour lesquels vous demandez paiement n'ont pas été rendus.
- 298** Les services rendus à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- 299** La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300** La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La date du début de la période de facturation n'est pas un dimanche et/ou la date de fin de période de facturation n'est pas un samedi.
- 302** La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 303** La période de facturation a été ajustée selon le calendrier de facturation des honoraires forfaitaires.
- 305** La durée de la période de facturation excède la limite permise.
- 306** L'avis de service avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309** Date des services postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312** Selon nos dossiers, les services fournis à cette date dans cet établissement ne sont pas couverts par un avis de service.
- 314** Les services ont déjà été payés.
- 315** Le délai de facturation ou de refacturation est expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie* ou l'Entente.
- 317** Le secteur de dispensation n'est pas indiqué, est incomplet ou illisible.
- 318** Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- 321** L'activité identifiée par le code n'est pas prévue à l'avis de service.
- 322** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 323** L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 324** Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible
- 326** Les données relatives à l'activité facturée soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées sont, absents, incomplets, non valides ou illisibles.
- 327** Le secteur de dispensation est invalide.
- 351** Selon vos notes explicatives, la description des services rendus ne correspond pas au code d'activité facturé.

- 352** Les notes explicatives présentées sont insuffisantes.
- 353** Les données inscrites ne sont pas conformes au guide de facturation.
- 356** Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- # **361** Heure(s) coupée(s) afin d'obtenir un total divisible par trois (3).
- 363** Le nombre maximum de jours prévu à l'entente a été dépassé.
- 364** La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365** Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366** Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activités facturé.
- 367** Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 370** La plage horaire n'est pas indiquée.
- 371** Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372** Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.
- 373** Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- 374** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refactorer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375** L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refactorer.
- 400** Sur la demande de paiement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 401** Sur la demande de remboursement de frais de déplacement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 402** La date d'arrivée à destination est absente et/ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.

- 403** L'heure d'arrivée à destination et/ou de départ sont absentes ou incompatibles avec les heures pour lesquelles le paiement de services professionnels est demandé.
- 404** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 405** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 407** Aucun avis de service avec l'établissement visité n'a été inscrit à votre dossier pour ce déplacement.
- 408** Aucun service et/ou aucun déplacement ne paraît sur la demande.
- 409** La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
- 410** Les frais de déplacement ne peuvent être reliés à aucun service rendu.
- 411** La distance et/ou le montant réclamé sont manquants sur la demande.
- 412** Le montant de l'indemnité accordée résulte de la modification de la distance. Celle-ci est établie à l'aide de la publication « Distances routières » du ministère des Transports du Québec et seule la distance unidirectionnelle est prise en compte.
- 413** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 414** Le montant total des frais a été rectifié.
- 415** Ce déplacement a déjà été payé.
- 416** Les coûts du déplacement sont facturés en dehors de la période de début ou de fin d'emploi.
- 417** Aucun frais de déplacement n'ayant été accepté, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 418** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 419** Temps de déplacement rectifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 420** Temps de déplacement rectifié selon le mode de transport le plus adéquat.
- 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 jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.

- 423** Les frais de sortie réclamés sont incompatibles avec les heures réclamées en service professionnel.
- 424** L'acceptation des frais de sortie est conditionnelle à la dispensation de services professionnels avant et après la sortie.
- # **425** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 426** Les seuls frais de déplacement remboursables sont ceux payés sur le territoire québécois.
- 427** La demande n'étant pas complètement remplie, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Le nombre d'heures de déplacement est absent, incomplet ou illisible.
- 431** Les frais de déplacement ont été payés selon les pièces justificatives présentées.
- 432** Les coûts de transport ont été payés selon le mode de transport le plus adéquat.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simples ou de covoiturage.
- 437** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié, veuillez refacturer en utilisant le formulaire n° 1988 "Demande de remboursement des frais de déplacement".
- 444** Avance servant à payer le billet d'avion pour un déplacement prévu, récupérée trois mois après la date prévue du départ en cas de non réception de la demande de remboursement (formulaire n° 1988).
- 445** Récupération de l'avance versée pour un billet d'avion en l'absence de réception de la demande de remboursement (formulaire n° 1988).
- 470** La distance totale parcourue ne répond pas à la norme minimale.
- 471** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- 472** Les frais de déplacement pour se rendre dans un même établissement sont limités à une fois par semaine.
- 473** Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 474** La location d'une voiture n'est autorisée que pour compléter un trajet entrepris en transport en commun.
- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 476** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 477** Veuillez nous faire parvenir l'original du billet d'avion et non la facture de l'agence de voyage.

- 478** Le billet électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.
- 479** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 481** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 503** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 550** Rectification d'une demande de paiement.
- 551** Annulation d'une demande de paiement payée.
- 552** Rectification d'une demande de remboursement des frais de déplacement déjà payée.
- 553** Annulation d'une demande de remboursement des frais de déplacement déjà payés.
- 554** Révision effectuée sur la base de votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 555** Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- 556** Rectification effectuée à votre demande.
- 557** Rectification d'un paiement. Lettre explicative sous pli séparé.
- 558** Demande de paiement ou demande de remboursement annulée: les corrections ont été reportées sur votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 601** Nous n'avons pas reçu votre avis de service.
- 603** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 604** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement mutilée.
- 605** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement non rédigée sur le formulaire approprié.
- 612** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 613** Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération.
- 614** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement annulée à votre demande.
- 615** Annulation d'une demande de paiement ou de remboursement qui vous a été incorrectement payée à cause d'une erreur de numéro du professionnel.
- 630** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.
- 631** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.

- 632** Le délai permis pour une demande de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 633** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 634** Révision en cours.
- 635** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- 650** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 651** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 652** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 653** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différé.
- 661** Le mode de rémunération est différent de celui prévu à l'avis de service.
- 666** Ce service n'est pas rémunérable une journée fériée.
- # **668** Le temps minimum requis par jour, prévu à l'entente, n'a pas été atteint.
- 671** Non permis par votre entente.
- # **673** Celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires relatifs à ce mode de rémunération.
- 676** Le mode de rémunération est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 682** Les services rendus hors du Québec sont non rémunérables à la vacation et à tarif horaire.
- 703** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 704** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue. Vous pouvez cependant présenter une nouvelle demande de révision indiquant que votre cas doit être soumis à votre fédération ou association le cas échéant.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.



**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).

**10.3 EXPÉDITION**

Le professionnel est prié de conserver son exemplaire de la demande de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait lui adresser.

Joindre les pièces justificatives à la demande de remboursement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

Toutes les demandes de remboursement de mesures incitatives doivent être adressées comme suit :

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

## # 10.4 LISTE DES LOCALITÉS

Pour l'application de l'article 4 de l'annexe VIII de l'entente

Localités	Codes	Localités	Codes
Aguanish	69704	Cloutier	68325
Akulivik	69870	Collines-du-Basque	
Amos	68430	(Côte-de-Gaspé)	60398
Amqui	60514	Colombier	69728
Angliers	68324	Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent	69751
Arntfield	68340	Coulée-des-Adolphe	
Auclair	60906	(Denis-Riverin)	60699
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	D'Alembert	68440
Authier	68448	Degelis	60901
Authier-Nord	68473	Destor	68443
Baie-Comeau	69733	Dubuisson	68413
Baie-d'Hudson	69897	Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303
Baie-des-Chaloupes		Duparquet	68442
(Antoine-Labelle)	66192	Dupuy	68464
Baie-des-Sables	60628	Eastmain	69838
Baie-James (sauf Joutel)	69802	Escuminac	60439
Baie-Johan-Beetz	69703	Esprit-Saint	60715
Baie-Trinité	69721	Evain	68337
Barraute	68418	Ferme-Neuve	67646
Bearn	68306	Fermont	69761
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces		Forestville	69730
Val-Barrette	67634	Fort Rupert (Waskagheganish)	69834
Belcourt	68411	Franquelin (Manicouagan)	69727
Bellecombe	68333	Fugèreville	68311
Belleterre	68308	Galichan	68444
Berry	68477	Gaspé	60230
Betsiamites (Réserve indienne)	69788	Godbout	69722
Biencourt	60702	Grand-Lac-Victoria	
Blanc-Sablon	69753	(Vallée-de-l'Or)	68479
Bonaventure	60419	Grand-Métis	60634
Bonne-Espérance	69755	Grande-Rivière	60213
Cabano	60920	Grande-Vallée	60251
Cacouna (Réserve indienne)	60881	Grosses-Roches	60614
Cadillac	68407	Guérin	68328
Caniapiscau	69893	Havre-St-Pierre	69706
Cap-Chat	60317	Hope	60409
Caplan	60422	Hope Town	60411
Carleton-St-Omer	60435	Hunters Point	68386
Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	67892	Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850
Cascapédia	60428	Ivujivik	69877
Causapscal	60506	Kamouraska	61031
Champneuf	68412	Kangiqsualujuaq (Baie-d'Ungava)	69855
# Chandler	60209	Kangiqsujuaq (Baie-d'Ungava)	69872
Chapais	69806	Kangirsuk (Baie-d'Ungava)	69806
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	Kawawachikamach	69843
Chibougamau	69804	Kebaowek (Réserve indienne)	68383
Chisasibi	69842	Kiamika	67624
Chute-aux-Outardes	69726	Kipawa	68310
Chute-Saint-Philippe	67642	Kuujjuaq (Baie-d'Ungava)	69860
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	Kuujjuarapik (Baie-d'Hudson)	69846
Clerval	68458	L'Ascension (Antoine-Labelle)	67628
Cloridorme	60248	L'Ascension-de-Patapédia	
		(Avignon)	60453

## Dentistes

## 10. MESURES INCITATIVES

L'Île-d'Anticosti . . . . .	69701	Lac-Vacher (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69892
L'Isle-Verte . . . . .	60826	Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle)	64398
La Corne . . . . .	68420	Lac-Walker (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69795
La Martre . . . . .	60309	Laforce . . . . .	68312
La Morandière . . . . .	68450	Landrienne . . . . .	68419
La Motte . . . . .	68421	Latulipe-et-Gaboury . . . . .	68309
La Pocatière . . . . .	61038	Launay . . . . .	68434
La Rédemption . . . . .	60529	Laverlochère . . . . .	68318
La Reine . . . . .	68467	Le Bic . . . . .	60750
La Romaine (Réserve indienne) . . . . .	69781	Lebel-sur-Quévillon . . . . .	69809
La Sarre . . . . .	68463	Lejeune (Témiscouata) . . . . .	60931
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	McWatters . . . . .	68323
Lac-Douaire (Montcalm) . . . . .	66196	Métis-sur-Mer . . . . .	60629
Lac-du-Cerf . . . . .	67611	Mingan (Réserve indienne) . . . . .	69784
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest) . . . . .	68499	# Mistissini . . . . .	69825
Lac-Ernest (Antoine-Labelle) . . . . .	67693	Moffet . . . . .	68321
Lac-Fouillac (Vallée-de-l'Or) . . . . .	68496	Mont-Albert (Denis-Riverin) . . . . .	60399
Lac-Granet (Témiscamingue) . . . . .	68390	Mont-Alexandre (Pabok) . . . . .	60298
Lac-Huron (Rimouski-Neigette) . . . . .	60795	Montbeillard . . . . .	68339
Lac-Jérôme (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent) . . . . .	69793	Mont-Carmel . . . . .	61006
Lac-Juillet (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69891	Mont-Joli . . . . .	60721
Lac-Masketsi (Mékinac) . . . . .	63292	Mont-Laurier . . . . .	67640
Lac-Matapédia . . . . .	60597	Mont-Lebel . . . . .	60728
Lac-Montanier (Rouyn-Noranda) . . . . .	68494	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-Surimau (Rouyn-Noranda) . . . . .	68487	Notre-Dame-de-Pontmain . . . . .	67612
		Notre-Dame-des-Neiges-des- Trois-Pistoles . . . . .	60819
		Notre-Dame-des-Sept-Douleurs . . . . .	60838
		Notre-Dame-du-Lac . . . . .	60910
		Notre-Dame-du-Laus . . . . .	67602
		Notre-Dame-du-Nord . . . . .	68326
		Notre-Dame-du-Portage . . . . .	60836

**10. MESURES INCITATIVES**

**Dentistes**

Nouvelle	60438	Rivière-Saint-Jean	69707
Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé)	60299
Packington	60902	Rivière-Vaseuse	60592
Padoue	60541	Rochebaucourt	68453
Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	Rollet	68327
Palmarolle	68454	Roquemaure	68446
Paspébiac	60412	Routhierville (La Matapédia)	60494
Percé	60220	Rouyn-Noranda	68338
Petite-Vallée	60249	Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia)	60697
Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska)	61094	Ruisseau-Ferguson (Avignon)	60497
Petit-Matane	60619	Sacré-Coeur (La Haute- Côte-Nord)	69743
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-Lebel	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
Pouliaries	68439	Saint-Bruno-de-Kamouraska	61004
Preissac	68427	Saint-Charles-Garnier	60703
Price	60636	Saint-Clément	60808
Puvirnituk (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
Rapide-des-Cèdres (Rouyn-Noranda)	68391	Saint-Dominique-du-Rosaire	68433
Rémigny	68330	Saint-Donat (La Mitis)	60722
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or)	68095	Saint-Edouard-de-Fabre	68302
Rimouski	60739	Saint-Éloi (Les Basques)	60822
Ristigouche, Partie Sud-Est	60444	Saint-Elzéar (Bonaventure)	60416
Rivière-à-Claude	60308	Saint-Elzéar (Témiscouata)	60924
Rivière-au-Tonnerre	69708	Saint-Épiphane (Rivière-du-Loup)	60814
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan)	69796	Saint-Eugène-de-Guigues	68322
Rivière-Bleue	60915	Saint-Eugène-de-Ladrière	60753
Rivière-Bonaventure	60495	Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912
Rivière-Bonjour (Matane)	60698	Saint-Fabien (Rimouski-Neigette)	60751
Rivière-du-Loup	60834	Saint-Félix-de-Dalquier	68431
Rivière-Héva	68417	Saint-François-d'Assise (Avignon)	60451
Rivière-Kipawa (Témiscamingue)	68393	Saint-François-Xavier- des-Hauteurs	60701
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk)	69896	Saint-François-Xavier-de-Viger	60809
Rivière-Mouchalagane (Sept- Rivières-Caniapiscau)	69799	Saint-Gabriel (La Mitis)	60709
# Rivière-Nipississ (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69794	Saint-Gabriel-Lalement	61008
Rivière-Nouvelle (Avignon)	60499	Saint-Georges-de-Cacouna	60831
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest)	68489	Saint-Germain (Kamouraska)	61028
Rivière-Ouelle	61034	Saint-Godefroi (Bonaventure)	60408
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia)	60792	Saint-Guy (Les Basques)	60716
Rivière-Rouge	67618	Saint-Honoré (Témiscouata)	60929
		Saint-Hubert (Rivière-du-Loup)	60804

## Dentistes

## 10. MESURES INCITATIVES

Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane) . . . . .	60604	Sainte-Hélène (Kamouraska) . . . . .	61014
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806	Sainte-Hélène-de-Mancebourg . . . . .	68456
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata) . . . . .	60903	Sainte-Irène (La Matapédia) . . . . .	60526
Saint-Joseph-de-Clericy . . . . .	68435	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538
Saint-Joseph-de-Kamouraska . . . . .	61012	# Sainte-Luce-Luceville . . . . .	60734
# Saint-Joseph-de-Lepage . . . . .	60718	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine . . . . .	60302
Saint-Juste-du-Lac . . . . .	60908	Sainte-Marguerite (Matapédia) . . . . .	60501
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) . . . . .	68469	Sainte-Odile-sur-Rimouski . . . . .	60742
Saint-Léandre (Matane) . . . . .	60609	Sainte-Paule (Matane) . . . . .	60610
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia) . . . . .	60518	Sainte-Rita (Les Basques) . . . . .	60801
Saint-Louis-du-Ha-Ha . . . . .	60922	Sainte-Thérèse-de-Gaspé . . . . .	60216
Saint-Marc-de-Figuery . . . . .	68422	Salluit . . . . .	69875
Saint-Marc-du-Lac-Long . . . . .	60904	Sayabec . . . . .	60530
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette) . . . . .	60711	Schefferville . . . . .	69801
Saint-Mathieu (Abitibi) . . . . .	68428	Senneterre . . . . .	68409
Saint-Mathieu-de-Rioux . . . . .	60752	Sept-Îles . . . . .	69711
Saint-Maxime-du-Mont-Louis . . . . .	60304	Shigawake . . . . .	60406
Saint-Médard (Les Basques) . . . . .	60729	Sullivan . . . . .	68410
Saint-Michel-du-Squatec . . . . .	60918	Tadoussac . . . . .	69744
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) . . . . .	60816	Taschereau . . . . .	68436
Saint-Moïse (La Matapédia) . . . . .	60534	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles) . . . . .	69862
Saint-Narcisse-de-Rimouski . . . . .	60712	Témiscaming . . . . .	68301
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est)	69456	Témiscaming (rés. indienne) . . . . .	68389
Saint-Noël (La Matapédia) . . . . .	60536	Trécesson . . . . .	68432
Saint-Norbert-de-Mont-Brun . . . . .	68437	Trois-Pistoles . . . . .	60821
Saint-Octave-de-Métis . . . . .	60631	Umiujaq (Baie-d'Hudson) . . . . .	69847
Saint-Onésime-d'Ixworth . . . . .	61009	Val d'Or . . . . .	68403
Saint-Pacôme (Kamouraska) . . . . .	61020	Val-Brillant . . . . .	60524
Saint-Pascal . . . . .	61018	Val-Saint-Gilles . . . . .	68471
Saint-Paul-de-la-Croix . . . . .	60812	Val-Senneville . . . . .	68401
# Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton . . . . .	69736	Vassan . . . . .	68423
Saint-Philippe-de-Néri . . . . .	61019	Ville-Marie . . . . .	68304
Saint-Pierre-de-Lamy . . . . .	60930	Waskaganish (Fort-Rupert) . . . . .	69885
Saint-Raphaël-d'Alberville . . . . .	60508	Waswanipi (Terre Réservée) . . . . .	69880
Saint-René-de-Matane . . . . .	60613	Waswanipi (Village Cri) . . . . .	69810
Saint-Siméon (Bonaventure) . . . . .	60421	Wemindji (Village Cri) . . . . .	69840
Saint-Simon (Les Basques) . . . . .	60754	Whapmagoostui (Réserve indienne) . . . . .	69888
Saint-Tharcisius (La Matapédia) . . . . .	60509	Whitworth (Réserve indienne) . . . . .	60882
Saint-Ulric . . . . .	60624	Winneway . . . . .	68388
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		



Un seul supplément est payable pour tous les services dentaires dispensés lors d'un même déplacement.

**94405** Supplément pour déplacement en urgence. . . . . 34,50

**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement ou de localité dans la case ÉTABLISSEMENT et le jour férié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. 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 le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés à la section 4.7 de l'onglet « Rémunération à honoraires fixes » .*

#### Frais pour déplacement en urgence

**1.9** Les frais pour déplacement en urgence s'appliquent au trajet effectué par le dentiste pour dispenser un service immédiatement requis à domicile ou dans un établissement. La distance se mesure à compter de huit (8) kilomètres des limites de la ville ou du village où le dentiste exerce et se calcule dans un sens seulement.

Une indemnité pour un déplacement de plus de quarante (40) kilomètres fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

**AVIS :** *Inscrire dans la case UNITÉS, le nombre de kilomètres du déplacement, diminué des huit premiers kilomètres. Il n'est pas nécessaire de fournir les reçus d'essence.*

**94500** De huit à quarante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre . . . . . 0,72  
**94510** Au-delà de quarante kilomètres . . . . . C.S.

#### Renvoi à un pédodontiste

**1.10** Lorsqu'un enfant de moins de dix (10) ans est orienté vers un pédodontiste par un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste ou un médecin, le pédodontiste a droit à un montant forfaitaire de 35 \$ par séance de traitement curatif jusqu'à concurrence de quatre (4) séances par personne assurée, par pédodontiste, par période de douze (12) mois pour un maximum de six (6) par période de vingt-quatre (24) mois. Si, au cours d'une séance, le pédodontiste a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

**94600** Renvoi à un pédodontiste . . . . . 35,00

**AVIS :** *L'identité du professionnel référant doit figurer sur la demande de paiement.*

*Ce code d'acte doit être facturé la même journée qu'un acte de traitement curatif (actes de restauration, d'endodontie ou de chirurgie).*

#### 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 bucco-dentaire d'une personne assurée par un dentiste, comprenant :

- 1) l'anamnèse pertinente
- 2) l'observation de l'ensemble de l'appareil bucco-dentaire
- 3) l'image radiologique, si nécessaire

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

- 4) les recommandations à une personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments
- 5) l'inscription au dossier des données significatives

**2.3** À moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis son examen, le dentiste convient pour une même personne assurée de ne pas réclamer un autre examen.

<b>01120</b>	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans . . . . .	33,75
<b>01130</b>	Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus. . . . .	38,50

**AVIS :** *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. (réf. : article 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 dentaire en raison d'une condition particulière qui selon le dentiste ou le patient exige une attention immédiate et comprenant :

- 1) l'anamnèse pertinente
- 2) l'observation de l'ensemble ou d'une partie de l'appareil bucco-dentaire
- 3) l'image radiologique, si nécessaire
- 4) les recommandations à une personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments
- 5) l'inscription au dossier des données significatives

**2.5** Le dentiste 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.

<b>01300</b>	Examen d'urgence . . . . .	19,25
--------------	----------------------------	-------

# **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 (réf.: 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. (réf. : article 2.2 de l'onglet « Personnes assurées »).*

**Consultation**

**2.6** La consultation est l'examen pratiqué par un dentiste suite à la demande d'un autre dentiste ou d'un médecin qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le dentiste consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au dentiste ou au médecin traitant.

Si le dentiste consulté devient dentiste traitant dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la consultation, il n'a pas droit aux honoraires de consultation à moins qu'il n'en soit fait mention différente au tarif.

**2.7** Un dentiste ne peut réclamer une consultation lorsqu'une personne assurée est dirigée vers lui pour traitement.

**2.8** Lorsqu'un dentiste sollicite une consultation, il fournit au dentiste consulté l'image radiologique obtenue à l'occasion de son examen.

**93200** Consultation . . . . . 39,50

**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.

**PRÉVENTION**

**3.1** Lorsque le dentiste, après avoir posé l'un ou l'autre des actes ci-après énumérés, est de nouveau appelé à le poser pour une même personne assurée, il convient de ne pas réclamer de rémunération pour cet acte subséquent à moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis l'acte précédent :

- enseignement et démonstration de mesures d'hygiène buccale;
- nettoyage des dents;
- application topique de fluorure.

**Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale**

**AVIS :** Ce service est assuré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de douze ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

**3.2** Pour les fins de l'entente, l'enseignement et la démonstration des mesures d'hygiène buccale consistent dans l'information donnée sur l'hygiène buccale à une personne assurée ou à un adulte responsable en présence de la personne assurée.

Cette information porte, entre autres, sur les éléments suivants :

- 1) l'alimentation saine;
- 2) la plaque dentaire, le tartre, et leurs conséquences;
- 3) l'utilisation de substances anticariogènes;
- 4) la démonstration d'une technique de brossage et d'utilisation du fil de soie dentaire;
- 5) vérification auprès de chaque personne assurée de la bonne utilisation de la brosse à dent et du fil de soie dentaire.

**13200** Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale . . . 4,75

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

### Nettoyage des dents

**AVIS :** Ce service est assuré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de douze ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.3 Pour les fins de l'entente, le nettoyage des dents consiste en l'obtention d'une denture libre de dépôt ou de tache de nature exogène.

11200 Nettoyage des dents. . . . . 11,50

### Détartrage

**AVIS :** Le détartrage est rémunéré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de seize ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.4 Le détartrage consiste en l'obtention d'une dentition libre de tartre.

3.5 Lorsque le dentiste, après avoir effectué un détartrage, est de nouveau appelé à le poser pour une même personne assurée, il convient de ne pas réclamer de rémunération pour cet acte subséquent à moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis cet acte précédent.

43500 Détartrage. . . . . 37,75

### Application topique de fluorure

**AVIS :** Ce service est assuré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de douze à quinze ans inclusivement qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.6 La rémunération pour l'application topique de fluorure inclut le coût de la substance utilisée et s'il y a lieu, celui du matériau.

Le nettoyage des dents à l'aide d'une pâte fluorée n'est pas réputé être une application topique de fluorure.

12400 Application topique de fluorure . . . . . 4,75

## RESTAURATION

**AVIS :** Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant âgé de moins de dix ans et d'un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Inscrire le numéro de dent et le numéro de surface dans les colonnes identifiées à cette fin. Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

4.1 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.

**4.2** Le dentiste utilise le **code spécifique** lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie :

- sur les centrales et les latérales primaires d'une personne assurée âgée **de 5 ans et plus**;
- sur les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée **de 9 ans et plus**.

Pour les centrales et latérales primaires d'une personne assurée âgée **de 9 ans et plus** et pour les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée **de 12 ans et plus**, le dentiste fournit une note explicative sur la demande de paiement lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie.

**4.3** La rémunération du polissage est comprise dans la rémunération de la restauration.

#### Restauration sur dent antérieure

**AVIS :** Voir la règle d'application 4.2.

**4.4** Les services de restauration sur les dents antérieures sont identifiés et rémunérés comme suit :

Régulier	Code Spécifique			Numéro de surface		
<b>21231</b>	<b>21911</b>	<b>Amalgame</b>	Classe I	incisive linguale	89 . . .	23,50
<b>21231</b>	<b>21911</b>				92 . . .	23,50
<b>21232</b>	<b>21912</b>		Classe III	mésiale distale	90 . . .	33,75
<b>21232</b>	<b>21912</b>				91 . . .	33,75
<b>23101</b>	<b>23901</b>	<b>Matériau esthétique</b>	Classe I	incisive linguale	89 . . .	36,75
<b>23101</b>	<b>23901</b>				92 . . .	36,75
<b>23103</b>	<b>23903</b>		Classe III	mésiale distale	90 . . .	42,25
<b>23103</b>	<b>23903</b>				91 . . .	42,25
<b>23104</b>	<b>23904</b>		Classe IV	mésiale distale	95 . . .	76,25
<b>23104</b>	<b>23904</b>				96 . . .	76,25
<b>23102</b>	<b>23902</b>		Classe V	buccale linguale	93 . . .	36,75
<b>23102</b>	<b>23902</b>				94 . . .	36,75
<b>23105</b>	<b>23905</b>	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97 . . .	124,00
<b>23108</b>	<b>23908</b>	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87 . . .	124,00

**4.5.1** Pendant une période de cent quatre-vingt (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<sup>er</sup> 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 aux codes d'acte 23105 ou 23905 (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.

**4.5.2** Sur une dent antérieure, un même service d'obturation est rémunéré une fois par **trois cent soixante-cinq (365) jours**.

**4.5.3** Une couronne préfabriquée ou une facette ne constitue pas une reconstitution complète d'une dent.

#### Restauration sur dent postérieure

**4.6** Lorsqu'une ou plusieurs cavités sur une surface ne s'étend(ent) pas au-delà du premier tiers (1/3) d'une autre surface qui lui est contiguë, cette (ou ces) cavité (s) 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 ci-après mentionnée.

**4.7** 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

**4.8** 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.

**4.9** Une seule valeur de base est rémunérée par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

**4.10** Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

# **AVIS :** Les codes de valeur de base (**21999** et **23999**) doivent être inscrits sur **la même demande de paiement** que le code d'obturation d'une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.

Les codes de valeur de base doivent être accompagnés **du numéro de dent seulement** (et non du numéro de surface). Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

Tous les autres codes d'obturation doivent être accompagnés d'un numéro de dent et d'un numéro de surface.

### En amalgame

#### Molaire primaire

<b>21999</b>		– valeur de base . . . . .	16,50
<b>code régulier</b>	<b>code spécifique</b>		
<b>21101</b>	<b>21901</b>	– une surface . . . . .	13,00
<b>21102</b>	<b>21902</b>	– deux surfaces . . . . .	30,75
<b>21103</b>	<b>21903</b>	– trois surfaces . . . . .	40,75
<b>21104</b>	<b>21904</b>	– quatre surfaces . . . . .	56,50
<b>21105</b>	<b>21905</b>	– cinq surfaces . . . . .	77,25

#### Prémolaire

<b>21999</b>		– valeur de base . . . . .	16,50
<b>21211</b>		– une surface . . . . .	13,00
<b>21212</b>		– deux surfaces . . . . .	33,00
<b>21213</b>		– trois surfaces . . . . .	42,75
<b>21214</b>		– quatre surfaces . . . . .	60,25
<b>21215</b>		– cinq surfaces . . . . .	80,50

#### Molaire permanente

<b>21999</b>		– valeur de base . . . . .	16,50
<b>21221</b>		– une surface . . . . .	15,50
<b>21222</b>		– deux surfaces . . . . .	39,50
<b>21223</b>		– trois surfaces . . . . .	56,50
<b>21224</b>		– quatre surfaces . . . . .	72,50
<b>21225</b>		– cinq surfaces . . . . .	97,50

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF****Dentistes****En matériau esthétique**

**4.11** Un service d'obturation en matériau esthétique est rémunéré sur une surface buccale ou mésiale d'une prémolaire supérieure.

<b>23999</b>	valeur de base .....	16,50
<b>23301</b>	une surface .....	22,00
<b>23302</b>	deux surfaces .....	53,00

**Tenon par restauration**

**AVIS :** *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

<b>21301</b>	un tenon .....	10,50
<b>21302</b>	deux tenons .....	18,75
<b>21306</b>	trois tenons ou plus .....	24,75

**Couronne préfabriquée**

**4.12** La couronne préfabriquée est rémunérée une fois par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

**AVIS :** *Voir les règles d'application 1.4 et 4.2*

*Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

Matériau esthétique

**Code régulier      Code spécifique**

<b>27421</b>	<b>27921</b>	sur antérieure primaire .....	66,00
--------------	--------------	-------------------------------	-------

Métallique

**Code régulier      Code spécifique**

<b>27401</b>	<b>27901</b>	antérieure primaire .....	66,00
<b>27403</b>	<b>27903</b>	postérieure primaire .....	66,00
<b>27411</b>		antérieure permanente .....	66,00
<b>27413</b>		postérieure permanente .....	66,00

**Recimentation d'une couronne préfabriquée**

**4.13** Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même dentiste 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-vingts (180) jours** depuis la cimentation ou la recimentation de cette couronne.

**AVIS :** *Inscrire le numéro de dent et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

<b>29101</b>	Recimentation d'une couronne préfabriquée .....	31,50
--------------	---	-------

**ENDODONTIE**

**AVIS :** *Les services d'endodontie sont considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de dix ans. Ces services sont également considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

**Pansement sédatif**

**5.1** 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 cent quatre-vingt (180) jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

**31111** Pansement sédatif . . . . . 24,75

**AVIS : Pour tous les actes d'endodontie :**

- *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents);*
- *Voir les règles d'application 1.4 pour la rémunération de l'anesthésie générale et 4.2 pour l'utilisation des codes spécifiques.*

**Endodontie sur dent primaire**

Pulpotomie sur dent primaire

**5.2** La pulpotomie se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent.

**Code régulier      Code spécifique**

**32211                      32911**                      Pulpotomie sur dent primaire . . . . . 42,00

Pulpectomie sur dent primaire

**5.3** La pulpectomie se dit de tout traitement de la partie coronaire et radiculaire de l'endodonte des dents primaires.

**Code régulier      Code spécifique**

**32310                      32910**                      Pulpectomie sur dent primaire . . . . . 39,00

**Endodontie sur dent permanente**

**AVIS :** *Ce service est considéré assuré pour le compte d'un enfant de moins de dix ans et d'un prestataire du programme d'assistance emploi âgé de moins de treize ans qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

Apexification (insertion de média dentinogénique en vue de la fermeture de l'apex).

Ce traitement n'est rémunérable qu'une seule fois.

<b>33501</b>	Un canal . . . . .	126,00
<b>33502</b>	Deux canaux . . . . .	152,00
<b>33503</b>	Trois canaux . . . . .	228,00
<b>33504</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	278,00

Traitement de canal sur dent permanente avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent.

**5.4** La rémunération pour le traitement de canal d'une dent permanente comprend la rémunération pour :

- 1) la pulpectomie
- 2) la préparation biomécanique
- 3) le traitement chimiothérapeutique
- 4) l'obturation canalair avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent.

<b>33001</b>	Un canal . . . . .	224,00
<b>33002</b>	Deux canaux . . . . .	295,00
<b>33003</b>	Trois canaux . . . . .	379,00
<b>33004</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	440,00

**5.5** 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.

<b>33999</b>	Traitement de canal partiel sur dent permanente . . . . .	49,75
--------------	---	-------

### TRAITEMENT D'URGENCE

<b>39910</b>	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire . . . . .	20,75
--------------	--	-------

### CHIRURGIE

**6.1** La rémunération pour un acte chirurgical comprend la rémunération pour les soins préopératoires, l'acte chirurgical lui-même, tout examen post-opératoire et les soins post-opératoires, à l'exclusion des actes de chirurgie post-opératoires.

**6.2** Lorsqu'un acte chirurgical est posé dans un centre hospitalier entendu au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., C.S-4.2), tout acte ou soin pré ou post-opératoire énuméré ci-dessous et relié à cet acte chirurgical est réputé être posé dans ce centre hospitalier.

1. examen;
2. examen d'urgence;
3. consultation;
4. examen et soins préopératoires;
5. soins post-opératoires;
6. tout examen post-opératoire.

**6.3** Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du premier est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical et celle du second à 10 % de la prestation payable également pour ce même acte.

**AVIS :** *Aux fins de facturation, le dentiste doit inscrire dans la case MODIF le modificateur 013 (90 %) et dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins postopératoires.*

*Le dentiste qui facture des frais postopératoires doit le faire sous le même code d'acte que celui utilisé par le chirurgien principal. Veuillez inscrire dans la case MODIF le modificateur 014 (10 %) et dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le nom et le numéro du professionnel qui a pratiqué la chirurgie ainsi que la date de l'intervention.*

Sans égard pour l'alinéa précédent, la rémunération pour l'enlèvement de point(s) de suture ou l'ablation d'attelle dans les cas de réduction de fracture avec arche (76920, 76930), d'immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (76939), de réimplantation d'une dent complètement exfoliée (76940) effectué par un dentiste autre que celui qui a suturé ou procédé à la mise en place de l'attelle est comprise dans la rémunération de son examen.

**6.4** 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 dentiste, 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 deux (2) actes suivants:

- a) ablation simple de dent;
- b) ablation simple de racine dentaire.

**6.5** Lorsqu'au cours d'une séance le dentiste 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.

**6.6** Si au cours d'une même hospitalisation, la personne assurée subit une nouvelle intervention par le même dentiste :

- 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.*

**6.7** Lorsque pour une même fracture une réduction fermée est suivie d'une réduction ouverte, la première est rémunérée à 50 % de la prestation payable pour cette réduction fermée et la seconde à 100 % de la prestation payable pour la réduction ouverte.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 046 (50 %) dans la case MODIF.*

**6.8** Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le dentiste requiert l'assistance d'un autre dentiste ou d'un chirurgien buccal, 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 %) dans la case MODIF.*

*L'assistant-dentiste (rôle 4) doit s'assurer que sa demande de paiement porte le même code d'acte (même nomenclature) que celle du dentiste principal.*

#### Forfait pour chirurgie complexe

**6.8.1** 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 à l'égard de ce patient dans la même journée.

<b>75994</b>	Durée anesthésique de 6 à 8 heures au total. . . . .	1 505,00
<b>75995</b>	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total. . . . .	1 720,00
<b>75996</b>	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total. . . . .	2 150,00
<b>75997</b>	Durée anesthésique de plus de 12 heures . . . . .	2 795,00

**6.9** Si, à la suite d'une ablation de dent ou de racine, le dentiste 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.

**6.10** 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.

**6.11** 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.

**6.12** 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 dix (10) ans et pour un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Inscrire le numéro de dent pour tous les actes d'ablation de dents et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

**Ablation simple de dent**

(non sujet à la règle d'application 6.4)

	sous anesthésie locale ou régionale :	
71101	première dent . . . . .	29,25
71111	chaque dent additionnelle . . . . .	17,00
	sous anesthésie générale :	
71401	première dent . . . . .	29,25
71411	chaque dent additionnelle . . . . .	14,00

**Ablation complexe de dent**

(comprenant l'ablation du sac adamantin ou folliculaire, si indiqué)

72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie . . . . .	47,00
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux . . . . .	72,75
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 . . . . .	106,00

**Ablation de dent dont la surface occlusale est couverte par le tissu osseux**

72230	entièrement couverte . . . . .	145,00
	partiellement couverte :	
72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale .	163,00
72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée .	163,00

**Ablation de racine**

**AVIS :** Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix ans et pour un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Inscrire le numéro de dent pour tous les actes d'ablation de racine et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

**Ablation simple de racine dentaire**

(une ou plusieurs racines d'une même dent)

(non sujet à la règle d'application 6.4)

	sous anesthésie locale ou régionale :	
72300	première dent . . . . .	29,75
72311	chaque dent additionnelle . . . . .	17,00
	sous anesthésie générale :	
72351	première dent . . . . .	29,25
72361	chaque dent additionnelle . . . . .	14,00

**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.*

<b>72320</b>	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) . . . . .	60,00
--------------	--	-------

**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)**

<b>75350</b>	dans le tissu osseux . . . . .	98,00
-----	dans le tissu mou sans anesthésie (prestation comprise dans le tarif de l'examen)	
<b>75360</b>	dans le tissu mou avec anesthésie . . . . .	41,00
<b>79301</b>	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. Kystes, polypes) par antrostomie . . . . .	261,00

**AVIS :** *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

**Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux**

**AVIS :** *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

<b>72412</b>	avec appareil de traction . . . . .	286,00
<b>72411</b>	sans appareil de traction. . . . .	123,50

**Incision ou drainage d'un abcès**

**AVIS :** *Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

<b>75100</b>	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain. . . . .	30,00
<b>75101</b>	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain . . . . .	119,00
<b>75200</b>	incision extra-orale d'un abcès. . . . .	119,00
<b>75220</b>	drainage d'urgence d'un abcès paradontal. . . . .	30,00

**Traitement des ostéites**

	Alvéolite (une ou plusieurs)	
	traitement par séance	
<b>79615</b>	sans anesthésie. . . . .	17,00
<b>79616</b>	avec anesthésie. . . . .	23,00
	Ostéomyélite	
	traitement non chirurgical (prestation comprise dans celle de l'examen)	
	traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
<b>75502</b>	3 cm et moins. . . . .	160,00
<b>75503</b>	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	206,00
<b>75504</b>	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	270,00
<b>75505</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	381,00
<b>75506</b>	plus de 9 cm . . . . .	448,00

**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****AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

**6.13** 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.

<b>74421</b>	1 cm et moins . . . . .	185,00
<b>74422</b>	plus de 1 cm à 2 cm . . . . .	271,00
<b>74423</b>	plus de 2 cm à 3 cm . . . . .	357,00
<b>74424</b>	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	424,00
<b>74425</b>	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	522,00
<b>74426</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	716,00
<b>74427</b>	plus de 9 cm . . . . .	861,00

**Biopsie**

**6.14** 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	
<b>04311</b>	par ponction . . . . .	26,00
<b>04312</b>	par incision . . . . .	95,00
	tissu mou	
<b>04301</b>	par ponction . . . . .	18,75
<b>04302</b>	par incision . . . . .	29,00
<b>04330</b>	biopsie cervicale par voie externe . . . . .	93,25

**Ablation de tumeur****AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

	tissu mou	
<b>74101</b>	1 cm et moins . . . . .	136,00
<b>74102</b>	plus de 1 cm à 2 cm . . . . .	204,00
<b>74103</b>	plus de 2 cm à 3 cm . . . . .	292,00
<b>74104</b>	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	375,00
<b>74105</b>	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	492,00
<b>74106</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	694,00
<b>74107</b>	plus de 9 cm . . . . .	814,00
	tissu osseux	
<b>74111</b>	1 cm et moins . . . . .	204,00
<b>74112</b>	plus de 1 cm à 2 cm . . . . .	292,00
<b>74113</b>	plus de 2 cm à 3 cm . . . . .	375,00
<b>74114</b>	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	459,00
<b>74115</b>	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	579,00
<b>74116</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	777,00
<b>74117</b>	plus de 9 cm . . . . .	920,00

**Mandibulectomie****AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

partielle

<b>75531</b>	3 cm et moins . . . . .	288,00
<b>75532</b>	plus de 3 cm à 6 cm. . . . .	325,00
<b>75533</b>	plus de 6 cm à 9 cm. . . . .	364,00
<b>75534</b>	plus de 9 cm à 12 cm. . . . .	393,00
<b>75535</b>	plus de 12 cm à 15 cm. . . . .	427,00
<b>75536</b>	plus de 15 cm. . . . .	467,00
<b>75540</b>	totale . . . . .	656,00

**Maxillectomie****AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

partielle

<b>75551</b>	3 cm et moins . . . . .	288,00
<b>75552</b>	plus de 3 cm à 6 cm. . . . .	319,00
<b>75553</b>	plus de 6 cm à 9 cm. . . . .	354,00
<b>75554</b>	plus de 9 cm à 12 cm. . . . .	393,00
<b>75555</b>	plus de 12 cm à 15 cm. . . . .	420,00
<b>75556</b>	plus de 15 cm. . . . .	459,00
<b>75560</b>	totale . . . . .	540,00

**Chirurgie préprothétique**

**6.15** 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**

**6.16** 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 dentiste 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;

<b>73202</b>	une séance (avec greffe muqueuse) . . . . .	772,00
<b>73203</b>	une séance (avec greffe épidermique) . . . . .	772,00
<b>73204</b>	plus d'une séance (avec greffe muqueuse). . . . .	866,00
<b>73205</b>	plus d'une séance (avec greffe épidermique) . . . . .	866,00

**Extension des replis muqueux**

avec greffe muqueuse

**AVIS :** Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

<b>73421</b>	3 cm et moins .....	137,00
<b>73422</b>	plus de 3 cm à 6 cm .....	214,00
<b>73423</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	274,00
<b>73424</b>	plus de 9 cm .....	369,00

avec greffe épidermique

**AVIS :** Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

<b>73401</b>	3 cm et moins .....	118,00
<b>73402</b>	plus de 3 cm à 6 cm .....	186,00
<b>73403</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	253,00
<b>73404</b>	plus de 9 cm .....	340,00

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

**AVIS :** Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

<b>73371</b>	3 cm et moins .....	297,00
<b>73372</b>	plus de 3 cm à 6 cm .....	335,00
<b>73373</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	393,00
<b>73374</b>	plus de 9 cm .....	478,00

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

**AVIS :** Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

<b>73381</b>	3 cm et moins .....	77,50
<b>73382</b>	plus de 3 cm à 6 cm .....	118,00
<b>73383</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	177,00
<b>73384</b>	plus de 9 cm .....	258,00

<b>77505</b>	ablation des apophyses géni. ....	137,00
--------------	-----------------------------------	--------

**AVIS :** Voir la règle d'application 6.15.

<b>73130</b>	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) .....	168,00
--------------	---	--------

**AVIS :** Voir la règle d'application 6.15.

<b>73220</b>	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale) .....	215,00
--------------	--	--------

**AVIS :** Voir la règle d'application 6.15.**Alvéolectomie et tubéroplastie**

**6.17** 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.

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

## Dentistes

Elle peut toutefois être rémunérée lorsqu'effectuée dans la même séance et au même site qu'une ablation de dent lorsqu'il y a malformation osseuse nécessitant l'alvéolectomie; en ce cas, le dentiste 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

**AVIS :** *Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.*

<b>73021</b>	1 cm et moins . . . . .	33,25
<b>73022</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	58,00
<b>73023</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	94,00
<b>73024</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	146,00
<b>73025</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	197,00
<b>73026</b>	plus de 12 cm . . . . .	253,00

### Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstitution de la tubérosité)

<b>73150</b>	réduction muqueuse . . . . .	60,25
<b>73158</b>	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu) . . . . .	137,00
<b>73159</b>	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) . . . . .	171,00
<b>73160</b>	extension de la rétotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse) . . . . .	223,00

### Alvéoloplastie

**6.18** 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.

**AVIS :** *Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.*

<b>73001</b>	1 cm et moins . . . . .	30,00
<b>73002</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	40,00
<b>73003</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	50,00
<b>73004</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	60,50
<b>73005</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	78,00
<b>73006</b>	plus de 12 cm . . . . .	102,00

**Ablation de tissu hyperplasique (comprend l'incision des muqueuses, la dissection et l'ablation du tissu hyperplasique, le remplacement et l'adaptation des muqueuses)**

**AVIS :** Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

<b>73171</b>	1 cm et moins . . . . .	56,75
<b>73172</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	84,50
<b>73173</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	120,00
<b>73174</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	169,00
<b>73178</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	224,00
<b>73176</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	281,00
<b>73177</b>	plus de 15 cm . . . . .	325,00

**Exérèse d'excès de muqueuse (ablation globale sans dissection)**

**AVIS :** Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

<b>73181</b>	1 cm et moins . . . . .	13,50
<b>73182</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	22,50
<b>73183</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	34,50
<b>73184</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	46,75
<b>73187</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	66,00
<b>73186</b>	plus de 12 cm . . . . .	84,50

**Ablation de torus**

<b>73133</b>	maxillaire bilatéral . . . . .	132,00
<b>73134</b>	mandibulaire unilatéral . . . . .	112,00

**Traitement des glandes salivaires**

<b>79101</b>	dilatation de canal (par séance) . . . . .	50,50
	sialolithotomie par voie buccale :	
<b>79104</b>	tiers antérieur du canal . . . . .	81,50
<b>79105</b>	deux tiers postérieurs du canal . . . . .	253,00
<b>79110</b>	sialolithotomie par voie externe . . . . .	269,00
	ablation de glandes salivaires	
<b>79106</b>	sous-maxillaire . . . . .	335,00
<b>79107</b>	sub-linguale . . . . .	253,00
	ablation de la parotide	
<b>79111</b>	sub-totale . . . . .	522,00
<b>79112</b>	radicale, y compris le nerf facial . . . . .	777,00
<b>79109</b>	exérèse de grenouillette . . . . .	176,00
<b>79108</b>	exérèse de mucocèle . . . . .	53,00
<b>79113</b>	reconstruction du canal salivaire . . . . .	335,00

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF****Dentistes****Fermeture de communication bucco-sinusale**

**6.19** 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 accollement ou glissement des muqueuses) . . . . . 84,50

**AVIS :** *L'acte 79306 n'est pas soumis à l'application de la règle d'application 6.4.*

**79312** dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule . . . . . 381,00

**Frénectomie**

----- moins d'un an (prestation incluse dans celle de l'examen)  
**77815** un an et plus . . . . . 100,00

**Gingivectomie**

**6.20** 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 . . . . . 68,25  
**42011** 4 dents à 6 dents. . . . . 102,00  
**42012** 7 dents à 9 dents. . . . . 153,00  
**42013** 10 dents à 12 dents. . . . . 206,00  
**42014** 13 dents à 15 dents. . . . . 256,00  
**42015** 16 dents et plus. . . . . 300,00

**Operculectomie**

**AVIS :** *Inscrire le numéro de dent et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

**72410** Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption) . . . . . 30,00

**Contrôle d'hémorragie**

**6.21** 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 . . . . . 17,00  
**79406** avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire), par séance. . . . . 35,00

**Réparation d'une lacération de tissu mou***intra-orale ou extra-orale***AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

<b>76950</b>	1 cm et moins . . . . .	26,00
<b>76951</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	43,00
<b>76952</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	74,50
<b>76953</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	110,00
<b>76954</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	148,00
<b>76955</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	184,00
<b>76956</b>	plus de 15 cm à 18 cm . . . . .	220,00
<b>76957</b>	plus de 18 cm à 21 cm . . . . .	257,00
<b>76958</b>	plus de 21 cm . . . . .	270,00

réparation d'une lacération de part en part

**AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

<b>76960</b>	1 cm et moins . . . . .	72,50
<b>76961</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	84,50
<b>76962</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	132,00
<b>76963</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	177,00
<b>76964</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	224,00
<b>76965</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	270,00
<b>76966</b>	plus de 15 cm à 18 cm . . . . .	325,00
<b>76967</b>	plus de 18 cm à 21 cm . . . . .	373,00
<b>76968</b>	plus de 21 cm . . . . .	439,00

**Intervention sur le trijumeau**

<b>79208</b>	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur . . . . .	393,00
<b>79203</b>	Avulsion d'une branche du trijumeau . . . . .	139,00
<b>79204</b>	Transposition et décompression neurale . . . . .	234,00

**AVIS :** Voir la règle d'application 6.15 pour le code d'acte 79204.

<b>79211</b>	Alcoolisation d'une branche du trijumeau . . . . .	89,75
<b>79212</b>	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) . . . . .	45,00
<b>79257</b>	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon) . . . . .	650,00
<b>79259</b>	Suture nerveuse (neurorraphie) . . . . .	100,00
<b>79402</b>	<b>Trachéotomie</b> . . . . .	184,00
<b>79403</b>	<b>Intubation percutanée sous-mandibulaire</b> . . . . .	168,00

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**

**Dentistes**

**Fissure palatine**

<b>77730</b>	Fermeture d'une fissure palatine. . . . .	325,00
<b>77710</b>	Rallongement complémentaire du palais . . . . .	325,00
<b>77740</b>	Reconstruction de la crête alvéolaire pour défectuosité du palais antérieur. . . . .	325,00

**Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)**

<b>74224</b>	Partielle . . . . .	215,00
<b>74226</b>	Totale . . . . .	413,00

<b>77860</b>	<b>Glossectomie</b> . . . . .	92,00
--------------	-------------------------------	-------

**Grefe osseuse**

**6.22** La rémunération pour la greffe dont le greffon est prélevé au site de l'ostéotomie est comprise dans la rémunération de l'ostéotomie.

La greffe osseuse n'est payable que dans les cas suivants :

- cas de traumatisme;
- cas d'ostéotomie de type Le Fort;
- cas d'ostéotomie mandibulaire;
- 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.

La prise de greffon au site d'une ostéotomie ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires.

La greffe au poinçon 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, région 22 à 25 ou région symphyse mentonnière, etc.). Inscrive 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.*

	Grefe 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)	
<b>74445</b>	entre 2 et 9 cm <sup>2</sup> . . . . .	224,00
<b>74449</b>	plus de 9 cm <sup>2</sup> . . . . .	355,00
	Grefe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
<b>74452</b>	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site) . . . . .	505,00
<b>74454</b>	plus de 4 cm . . . . .	801,00
	Prise du greffon (un ou plusieurs) (Le tarif de la prise du greffon n'est pas sujet à la règle d'application 6.4)	
<b>74306</b>	au niveau de la face . . . . .	75,25
<b>74307</b>	à un autre site . . . . .	150,00

**Réduction de fracture**

**6.23** La rémunération fixée pour le traitement des fractures ou des dislocations inclut la rémunération pour les soins post-opératoires **dispensés dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent le traitement.**

La rémunération pour une réduction ouverte inclut la rémunération pour l'ostéosynthèse.

**Arcade zygomatique**

<b>76701</b>	élévation simple trans-cutanée . . . . .	274,00
<b>76702</b>	élévation par approche intra-orale . . . . .	274,00
<b>76703</b>	élévation par approche de Gillies . . . . .	274,00
<b>76704</b>	réduction et fixation (ostéosynthèse comprenant l'élévation) . . . . .	391,00

**Arcade zygomatique et/ou os malaire**

<b>76623</b>	par voie sinusale . . . . .	391,00
<b>76622</b>	par voie sinusale et ostéosynthèse zygomatoco-frontale et/ou tige intra-osseuse . . . . .	583,00
<b>76621</b>	par ostéosynthèse frontale seulement . . . . .	391,00

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)	
<b>76503</b>	réduction simple . . . . .	87,00
<b>76504</b>	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses . . . . .	199,00

**Maxillaire**

	Le Fort I (demi ou complet)	
<b>76310</b>	réduction fermée . . . . .	156,00
<b>76312</b>	réduction ouverte . . . . .	284,00
	Le Fort II (demi ou complet)	
<b>76410</b>	réduction fermée (unique ou multiple) . . . . .	235,00
	réduction ouverte	
<b>76420</b>	unilatérale . . . . .	400,00
<b>76430</b>	bilatérale . . . . .	584,00

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**

**Dentistes**

	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprenant l'intervention sur les tissus palpébraux)	
<b>76511</b>	unilatérale . . . . .	400,00
<b>76512</b>	bilatérale . . . . .	584,00
<b>76513</b>	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture. . . . .	118,00
<b>76411</b>	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé . . . . .	235,00
<b>76412</b>	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert . . . . .	400,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
<b>76413</b>	unilatérale . . . . .	400,00
<b>76414</b>	bilatérale . . . . .	584,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
<b>76421</b>	unilatérale . . . . .	543,00
<b>76431</b>	bilatérale . . . . .	728,00
	Le Fort III	
<b>76810</b>	réduction fermée . . . . .	411,00
-----	réduction ouverte (prestation incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance)	
<b>79050</b>	Lambeau bicornal . . . . .	250,00
<b>76551</b>	Réduction de l'os frontal . . . . .	425,00
<b>76555</b>	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse) . . . . .	200,00
	Mandibulaire	
<b>76210</b>	réduction fermée (unique ou multiple) . . . . .	304,00
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
<b>76221</b>	approche intra-orale . . . . .	545,00
<b>76222</b>	approche extra-orale . . . . .	545,00
<b>76223</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	824,00
	deux sites :	
<b>76231</b>	approche intra-orale . . . . .	726,00
<b>76232</b>	approche extra-orale . . . . .	726,00
<b>76233</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	1 091,00
	<b><u>AVIS :</u></b> <i>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.</i>	
	trois sites et plus :	
<b>76241</b>	approche intra-orale . . . . .	851,00
<b>76242</b>	approche extra-orale . . . . .	851,00
<b>76243</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	1 275,00
	<b><u>AVIS :</u></b> <i>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.</i>	
<b>76260</b>	Condyle (réduction ouverte) . . . . .	426,00

**Orbite**

**6.24** 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	
<b>76520</b>	par voie sinusale .....	400,00
<b>76510</b>	par voie externe .....	301,00
<b>76530</b>	avec plastie .....	447,00
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
<b>76521</b>	latérale .....	400,00
<b>76522</b>	médiane .....	400,00
<b>76523</b>	supérieure .....	447,00

**Os alvéolaire**

**6.25** 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)

**AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

<b>76911</b>	3 cm et moins .....	36,25
<b>76912</b>	plus de 3 cm à 6 cm .....	48,75
<b>76913</b>	plus de 6 cm .....	58,25
<b>76920</b>	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents .....	93,00
<b>76930</b>	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents .....	187,00
<b>76939</b>	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) .....	98,00

**AVIS :** Incrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

<b>76940</b>	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) .....	108,00
--------------	---	--------

**AVIS :** Incrire le numéro de dent et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

**Mise en place et ablation d'attelle osseuse**

**6.26** Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place d'attelle osseuse 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.

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**

**Dentistes**

**6.27** La prestation pour la mise en place ou l'ablation d'attelle dans une même séance correspond à 100 % du tarif fixé pour l'attelle la plus rémunérée et à 50 % pour les autres.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 045 (50 %) dans la case MODIF.*

**Mise en place d'attelle osseuse**

	intra ou péri-osseuse (à l'exclusion de l'ostéosynthèse), par attelle (tige ou fil pour suspension péri-crânienne)	
<b>76135</b>	maxillaire (maximum 4) . . . . .	59,50
<b>76136</b>	mandibulaire (maximum 3) . . . . .	59,50
<b>#</b>	mise en place d'une plaque de reconstruction	
<b>76154</b>	3 à 6 cm . . . . .	300,00
<b>76156</b>	plus de 6 cm . . . . .	500,00
<b>76115</b>	prothèse acrylique ou « cap splint », attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	99,75
<b>76104</b>	arche (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	99,75
<b>76192</b>	appareil péri-crânien . . . . .	99,75

**Ablation d'attelle osseuse**

	intra ou péri-osseuse : par attelle (tige, fil ou vis pour suspension péri-crânienne et/ou appareil péri-crânien)	
<b>79984</b>	maxillaire (maximum 4) . . . . .	36,25
<b>79985</b>	mandibulaire (maximum 3) . . . . .	36,25
<b>79986</b>	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	23,50
<b>79987</b>	arche (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	23,50
<b>79989</b>	broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) . . . . .	118,00

**Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire**

	Luxation	
<b>78115</b>	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	34,75
<b>78125</b>	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	50,50
<b>78200</b>	Ménisectomie totale . . . . .	306,00
<b>78407</b>	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus) . . . . .	400,00
<b>78300</b>	Condylectomie radicale (résection au col) . . . . .	600,00
<b>78400</b>	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle . . . . .	612,00
<b>77160</b>	Ablation de l'apophyse coronoïde . . . . .	308,00
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
<b>78600</b>	médication intra-articulaire incluant la substance . . . . .	60,00
<b>78500</b>	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire) . . . . .	150,00

**Arthroscopie**

<b>78401</b>	Arthroscopie diagnostique (lyse et lavage) . . . . .	300,00
<b>78410</b>	Arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée) . . . . .	450,00

**Ostéotomie**

Le maximum rémunérable est de 3 ostéotomies par maxillaire y compris les ostéotomies inter-dentaires

	<b>Mandibulaire</b>	
<b>77121</b>	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale) . . . . .	634,00
<b>77451</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	634,00
<b>77422</b>	segmentaire antérieur . . . . .	634,00
<b>77440</b>	segmentaire préprothétique. . . . .	417,00
	<b>Maxillaire</b>	
<b>77310</b>	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) . . . . . (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	953,00
<b>77411</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	634,00
<b>77412</b>	segmentaire antérieur . . . . .	634,00
<b>77400</b>	segmentaire préprothétique. . . . .	662,00
<b>77720</b>	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur) . . . . .	128,00
<b>77320</b>	Le Fort II . . . . .	C.S.
<b>77325</b>	Le Fort III . . . . .	C.S.
<b>77315</b>	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale) . . . . .	337,00
<b>77305</b>	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort) . . . . .	953,00
	<b>Ostéotomie inter-dentaire</b>	
	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	
<b>77610</b>	au maxillaire . . . . .	192,00
<b>77611</b>	à la mandibule . . . . .	192,00
	<b>Corticotomie</b>	
<b>77600</b>	Corticotomie (par dent; maximum de 4 dents par maxillaire). Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent. . . . .	79,00
	<b>Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)</b>	
<b>77452</b>	repositionnement bilatéral . . . . .	468,00
<b>77453</b>	diminution . . . . .	351,00

**PROTHÈSE ACRYLIQUE**

**AVIS :** Ces services ne sont assurés que pour les prestataires du programme d'assistance emploi. 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 huit (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 »).

**7.1** 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 dentiste. 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 7.4.

**7.2** La rémunération pour la prothèse comprend, suite à la mise en bouche, trois (3) visites de contrôle si jugé nécessaire.

**7.3** La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au dentiste, 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**

<b>51100</b>	supérieure . . . . .	518,00
<b>51110</b>	inférieure . . . . .	667,00
<b>51120</b>	supérieure et inférieure . . . . .	916,00

**Partielle**

<b>52240</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	236,00
<b>52250</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	236,00
<b>52260</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	434,00

**B) REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)**

**AVIS :** *Référez 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**

<b>51101</b>	supérieure .....	518,00
<b>51111</b>	inférieure. ....	667,00
<b>51121</b>	supérieure et inférieure .....	916,00

**Partielle**

<b>52241</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis .....	236,00
<b>52251</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	236,00
<b>52261</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	434,00

**C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION**

<b>56100</b>	Regarnissage supérieur (après trois mois) .....	159,00
<b>56101</b>	Regarnissage inférieur (après trois mois) .....	159,00

**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 7.3.*

<b>55101</b>	Réparation sans empreinte (supérieure) .....	40,00
<b>55102</b>	Réparation sans empreinte (inférieure) .....	40,00
<b>55201</b>	Réparation avec empreinte (supérieure) .....	86,00
<b>55202</b>	Réparation avec empreinte (inférieure) .....	86,00

**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**

<b>55520</b>	Maxillaire supérieur .....	86,00
<b>55530</b>	Maxillaire inférieur .....	86,00

**AVIS :** *L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF****Dentistes**

**7.4** La rémunération pour la prothèse fera l'objet d'une considération spéciale si la personne assurée abandonne le traitement.

**AVIS :** *Indiquer le code d'acte correspondant à la prothèse facturée. Voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet « Rémunération à l'acte » pour le complètement de la case C.S.*

**Complète**

<b>51102</b>	supérieure .....	C.S.
<b>51112</b>	inférieure .....	C.S.
<b>51122</b>	supérieure et inférieure .....	C.S.

**Partielle**

<b>52242</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis .....	C.S.
<b>52252</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	C.S.
<b>52262</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	C.S.

**Les services dentaires assurés**

(Depuis le 15-05-92)

TYPE DE SERVICES	(***) MILIEU HOSPITALIER	CABINET
<b>Examens et consultations</b>		
Examen et consultation	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Examen d'urgence	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
<b>Prévention</b>		
Enseignement	P.A.E. 12 et plus	P.A.E. 12 et plus
Nettoyage	P.A.E. 12 et plus	P.A.E. 12 et plus
Application de fluorure	P.A.E. 12 à 15	P.A.E. 12 à 15
Détartrage	P.A.E. 16 et plus	P.A.E. 16 et plus
<b>* Radiologie</b>		
Intra-orale	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
** Extra-orale : panoramique	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Extra-orale : autres	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
<b>Restauration ou dentisterie opératoire</b>		
Obturation - couronne - tenon	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
<b>Endodontie</b>		
Pansement sédatif	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Pulpotomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Traitement de canal sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et P.A.E. 0 à 12	Enf. de 0 à 9 et P.A.E. 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
<b>Chirurgie buccale</b>		
Ablation de dents ou de racines	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Prostodontie (1 prothèse par 8 ans)	P.A.E.	P.A.E.
Périodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré

\* Service assuré; la rémunération est incluse dans les services assurés (Règle d'application 2.9 de l'Annexe VI).

\*\* Chirurgiens buccaux : voir entente, annexe III, Lettre d'entente n° 1.

\*\*\* Centre hospitalier ou établissement universitaire.

**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).



## 14. MANUELS ET FORMULAIRES

### 14.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement à chaque dentiste **oeuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire du manuel des dentistes.

#### COMMANDE

Le professionnel peut obtenir des exemplaires supplémentaires ou d'autres manuels publiés par la Régie moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

#### MANUELS DANS INTERNET

Les manuels de la Régie sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Le professionnel peut les consulter, les télécharger et imprimer les pages désirées. L'adresse du site Internet se trouve en page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

### 14.2 FORMULAIRES

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque dentiste une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

#### DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (*Formulaires n° 1670*)

Le dentiste qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

Toute demande au delà de cette limite sera tarifée à 34,32 \$ le mille (taxes incluses). Le prix est sujet à changement sans préavis. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte.

Seules les commandes formulées par le dentiste lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à ce jour. Sur la première ligne de l'étiquette on peut lire :

**Qxxxxxx**

**Cxxxxxx**

**Q** : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

**C** : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1<sup>er</sup> avril précédent.

#### COMMANDE

Pour toute commande de formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

#### FORMULAIRES DANS INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. Le dentiste peut les consulter, les télécharger et les imprimer. Référer également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

## 14.3 LISTE DES FORMULAIRES

Formulaires disponibles	Numéro
<b>Formulaires relatifs à l'inscription</b>	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation . . . . .	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé . . . . .	3003
Avis de service - Rémunération au tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes . . . . .	3755
<b>Formulaires relatifs à la facturation</b>	
Demande de paiement - Tarif horaire, Honoraires forfaitaires et Vacation (Voir l'onglet <i>Rémunération au tarif horaire, section 5</i> ) . . . . .	1215
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (Voir l'onglet <i>Rémunération à honoraires fixes, section 4</i> ) . . . . .	1216
Enveloppe pour demande de paiement . . . . .	1292
Demande de paiement - Acte (Voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte, section 3</i> ) . . . . .	1670
Demande de révision ou d'explications . . . . .	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (Voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte, section 3.2.4.7</i> ) . . . . .	1944
Demande de remboursement des frais de déplacement (Voir l'onglet <i>Rémunération à honoraires fixes, section 4 et l'onglet Rémunération au tarif horaire, section 5</i> ) . . . . .	1988
# Demande de remboursement à la personne assurée (Voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte, section 3.4</i> ) . . . . .	2076
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers . . . . .	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement . . . . .	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe . . . . .	3006
Contrat aux fins du Régime de congé à traitement différé . . . . .	3326
Demande de remboursement des mesures incitatives . . . . .	3336
Feuille d'activité - Bénéficiaire (Voir l'onglet <i>Feuille d'activité - Bénéficiaire, section 6</i> ) . . . . .	3402
<b>Formulaires relatifs à la facturation informatisée</b>	
Description du système de facturation informatisée . . . . .	2102
Demande d'accréditation . . . . .	2404
Renseignements à fournir pour la facturation informatisée . . . . .	2746
Mandat - Agence commerciale de traitement de données . . . . .	2788
<b>Autres formulaires</b>	
Commande de formulaires . . . . .	1491
Réclamation hors province pour services médicaux . . . . .	2688
Demande de matériel de facturation pour dispensateur . . . . .	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct . . . . .	2914
Changement d'adresses . . . . .	3102
Demande d'autorisation (médicament ou patient d'exception) . . . . .	3633
Demande de prestations - Assurance invalidité . . . . .	3912
Demande initiale - Invalidité . . . . .	3913
Rapport d'évolution - Invalidité . . . . .	3914