

Manuel des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale
Entente et tarifs

TABLE DES MATIÈRES

ENTENTE	1
TITRE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	2
TITRE II. EXERCICE DE LA PROFESSION	4
TITRE III. RÉGIME DE RÉMUNÉRATION ET DE PAIEMENT	5
TITRE IV. CONCERTATION	7
TITRE V. PROCÉDURE D'ARBITRAGE	8
TITRE VI. DURÉE DE L'ENTENTE	10
ANNEXE I - RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF.....	11
ANNEXE III - LETTRES D'ENTENTE ET ACCORD.....	12
LETTRÉ D'ENTENTE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET L'ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE.....	15
Accord n° 2.....	17
ANNEXE IV – RESSOURCÉMENT DANS LES TERRITOIRES DÉSIGNÉS PAR LE MINISTRE	18
ANNEXE V – CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉE PAR LES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE.....	20
ANNEXE VII – CONCERNANT L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES.....	22
ANNEXE VIII - CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ SUR LES SERVICES VISÉS AUX CLAUSES TRANSITOIRES.....	25
ANNEXE IX - CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ SUR LES SERVICES NON VISÉS AUX CLAUSES TRANSITOIRES	26
ANNEXE X - CONCERNANT LA NON-ATTEINTE ACCUMULÉE AU 31 MARS 2010 DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2004 AU 31 MARS 2010	27
ANNEXE XI - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES DANS LES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES.....	28
ANNEXE XII - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION POUR LES RENCONTRES MULTIDISCIPLINAIRES DANS LES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES.....	30
ANNEXE XIII - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION POUR LA SUPERVISION D'ÉTUDIANTS ET DE RÉSIDENTS EN STAGE DE CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE EN MILIEU HOSPITALIER.....	32
RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	8
RESTAURATION.....	10
ENDODONTIE.....	15
CHIRURGIE	17
PROTHÈSE ACRYLIQUE.....	41
7.1 ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION	44

ENTENTE

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

TITRE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

1.1 Dans cette entente, on entend par les termes :

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

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

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

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

ARTICLE 2. APPLICATION

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

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

2.2 Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

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

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

ARTICLE 3. REPRÉSENTATION

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

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

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

ARTICLE 4. PRÉCOMPTE DES COTISATIONS SYNDICALES

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

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

AVIS : Actuellement le pourcentage est de 15 %.

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

4.3 Une fois l'an, la Régie transmet au secrétariat de l'Association, la liste des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux régis par cette entente; cette liste identifie leur établissement.

4.4 Le professionnel rémunéré comme chirurgien buccal et maxillo-facial pour des soins fournis hors du Québec, et qui adhère au régime d'assurance maladie, est assujéti au précompte, établi par cet article.

TITRE II. EXERCICE DE LA PROFESSION

ARTICLE 5. LIBERTÉS PROFESSIONNELLES

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

Ainsi :

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

ARTICLE 6. CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

ARTICLE 7. PRATIQUE HOSPITALIÈRE

PROTOCOLE

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

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

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

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

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

TITRE III. RÉGIME DE RÉMUNÉRATION ET DE PAIEMENT

ARTICLE 8. MODES DE RÉMUNÉRATION

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

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

ARTICLE 9. TARIF D'HONORAIRES

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

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

ARTICLE 10. RELEVÉ D'HONORAIRES

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

ARTICLE 11. PAIEMENT DES HONORAIRES

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

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

À cette fin, elle peut demander au chirurgien buccal et maxillo-facial les renseignements exigibles en vertu de la loi ou de l'entente.

11.3 Un relevé d'honoraires incomplet peut être annulé. La Régie en notifie le chirurgien buccal et maxillo-facial et lui indique le renseignement omis.

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

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

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

ARTICLE 12. REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

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

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

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

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

ARTICLE 13. DEMANDE DE RÉVISION

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

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

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

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

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

ARTICLE 14. CONCILIATION D'HONORAIRES

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

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

ARTICLE 15. INTÉRÊTS

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

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

ARTICLE 16. MODALITÉS DE PAIEMENT

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

- un groupe de dentistes ou de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux;
- une société de dentistes ou de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux dont il est membre;
- une société par actions visée au règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société et pour laquelle il exerce ses activités professionnelles.

La Régie y procède par chèque ou, lorsque le chirurgien buccal et maxillo-facial en fait la demande, par versement bancaire au compte du chirurgien buccal et maxillo-facial ou du tiers qu'il autorise.

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

TITRE IV. CONCERTATION

ARTICLE 17. RÉGLEMENTATION ET DIRECTIVE

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

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

TITRE V. PROCÉDURE D'ARBITRAGE

ARTICLE 18. DIFFÉREND

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

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

1. DIFFÉREND EN CONTESTATION D'HONORAIRES

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

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

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

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

2. DIFFÉREND COLLECTIF

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

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

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

ARTICLE 19. ARBITRAGE

1. AVIS DE DIFFÉREND

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

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

2. QUORUM

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

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

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

3. DÉCISIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

4. SENTENCE

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

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

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

5. FRAIS

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

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

Les frais de sténographie sont assumés par la Régie.

6. GREFFIER

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

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

Il agit selon les instructions du conseil d'arbitrage.

TITRE VI. DURÉE DE L'ENTENTE

ARTICLE 20. DURÉE DE L'ENTENTE

20.1 Cette entente prend effet le 1^{er} avril 2015 et se termine le 31 mars 2020.

CLAUSES TRANSITOIRES

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

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

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux

FRANÇOIS PAYETTE

Président

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

ANNEXE I - RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

AVIS : Voir l'onglet Règles d'application du tarif.

ANNEXE III - LETTRES D'ENTENTE ET ACCORD

LETTRE D'ENTENTE N° 1

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

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^e jour de décembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

BENJAMIN SALEH

Président

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

LETTRE D'ENTENTE N° 5

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^e jour de décembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

BENJAMIN SALEH

Président

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

LETTRE D'ENTENTE N° 12

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De suivre périodiquement le niveau de facturation de la consultation (codes d'acte n° 93220 et n° 93230) à la suite des augmentations accordées le 1^{er} octobre 2013.

2. Dans l'éventualité où une augmentation significative au niveau de la fréquence d'utilisation de la consultation est constatée à la suite de la hausse des tarifs, les parties devront convenir des mesures de contrôle nécessaires et des correctifs, le cas échéant, afin de respecter le niveau moyen de l'ordre de 13,694 % des augmentations accordées pour les actes visés par ce redressement dans le cadre du renouvellement 2010-2015 de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président

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

LETTRE D'ENTENTE N° 14

CONCERNANT LE COMITÉ PARITAIRE CHARGÉ DU SUIVI DE L'ENTENTE

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Créer un comité paritaire chargé du suivi de l'Entente, lequel est composé de trois (3) représentants nommés par l'Association et de trois (3) représentants nommés par le Ministre. Chaque partie assume les frais de ses représentants.
2. Le comité paritaire suit périodiquement l'application de l'Entente, dont le niveau de facturation des actes couverts par celle-ci.
3. Ce comité aura également pour mandat, lorsque les coûts d'un service fluctuent à un rythme différent que celui anticipé, de recommander aux parties les mesures requises pour corriger la situation.
4. La présente Lettre d'entente ne comporte aucun engagement financier de la part du Ministère et de l'Association.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

ROBERT PAQUIN

Président

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

LETTRE D'ENTENTE N° 15

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE RÉTROACTIF DANS LE CADRE DU RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE-CADRE (2015-2020)

CONSIDÉRANT l'entente de principe intervenue le 26 janvier 2017;

CONSIDÉRANT l'entrée en vigueur du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques;

CONSIDÉRANT les discussions entre les parties relativement à l'interprétation de certaines conditions reliées à l'application du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer un montant forfaitaire de 973 466 \$, et ce, pour la période du 26 janvier 2017 au 31 janvier 2019, afin de compenser certaines modifications relatives à l'abolition des frais accessoires.

2. Ces montants sont déterminés selon les modalités à convenir entre les parties. Ils sont versés :

- Pour la période du 26 janvier 2017 au 31 mars 2018, le ou vers le 15 mars 2019;
- Pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 janvier 2019, le ou vers le 15 mai 2019.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 26 janvier 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services
sociaux

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

ARTICLE 1. DÉTERMINATION D'UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE

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

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

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

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

ARTICLE 2. Abrogé par l'Amendement no 11

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

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

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

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

ENTENTE

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

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

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

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

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

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

3.2 Vérification finale

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 4. Abrogé par l'Amendement no 11

ARTICLE 5. APPLICATION

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour d'octobre 2007.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

FRANÇOIS PAYETTE

Président

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

Accord n° 2

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

Abrogé en date du 24 juin 2016 par le renouvellement de l'Entente 2015-2020

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

JEAN POIRIER

Président

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

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

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

ANNEXE IV – RESSOURCEMENT DANS LES TERRITOIRES DÉSIGNÉS PAR LE MINISTRE

AVIS : Pour bénéficier des mesures incitatives, le professionnel doit remplir le formulaire [Demande de remboursement des mesures incitatives](#) (3336).

Voir le [Guide de facturation – Mesures incitatives](#).

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

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

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

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

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

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

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

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

les frais de transport sur présentation de pièces justificatives selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi (*), etc.) ou pour la location d'une voiture (**) ou au taux de 0,88 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle au 1^{er} avril 2018) et 0,91 \$ du kilomètre au 1^{er} octobre 2018 pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

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

ANNEXE V – CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉE PAR LES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente annexe a pour objet la rémunération des suppléments pour la garde en disponibilité accomplie par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, afin de favoriser la continuité des services dans les installations désignées.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

2.2 Le montant du supplément de garde en disponibilité peut varier selon que la garde soit effectuée en semaine, du lundi au vendredi, ou le samedi, le dimanche ou un jour férié stipulé à la règle 1.8 de l'annexe I.

3. DÉFINITIONS

La garde en disponibilité est effectuée par un chirurgien buccal et maxillo-facial qui est assigné de garde dans une installation afin de couvrir, à partir de celle-ci (installation qui prend en charge), la garde en disponibilité d'une ou de plusieurs autres installations désignées (installation prise en charge).

4. INSTALLATIONS VISÉES

Les installations où s'applique un supplément de garde en disponibilité sont désignées par les parties négociantes.

AVIS : Voir les [listes mises à jour en continu](#).

AVIS : Voir [la liste des installations désignées à l'annexe V](#).

5. RÉMUNÉRATION

Le montant du supplément de garde en disponibilité payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui est assigné de garde dans une installation désignée est de 147,25 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 294,50 \$ par jour les samedis, dimanches et jours fériés. Les suppléments incluent les honoraires pour des consultations téléphoniques effectuées pendant la période de garde.

AVIS : Les instructions de facturation figure à la fin de la présente annexe.

6. RÈGLES D'APPLICATION ET LIMITATIONS

6.1 Un seul supplément de garde est payable par jour pour le groupe d'installations désignées.

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

7. AVIS

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

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} mai 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

ROBERT PAQUIN

Président

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

AVIS : *Instruction de facturation :*

Type de garde	En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
	Code de facturation	Tarif	Code de facturation	Tarif
<i>Garde d'une seule installation</i>	94521	147,25 \$	94522	294,50 \$
<i>Garde d'une ou de plusieurs installations prises en charge</i>	94523	147,25 \$	94524	294,50 \$

Garde d'une seule installation

Inscrire l'installation désignée dans laquelle la garde est effectuée dans la section Lieu de dispensation.

Garde d'une ou de plusieurs installations prises en charge, inscrire :

- l'installation désignée dans laquelle la garde est effectuée (Installation qui prend en charge) dans la section Lieu de dispensation;*
- la situation du lieu en référence Lieu de la prise en charge lors d'une garde multi-établissements;*
- l'installation pour laquelle une garde à distance est nécessaire (Installation prise en charge) dans la section Lieu en référence.*

Vous pouvez mettre plus d'une installation prise en charge, s'il y a lieu.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS : Voir la [liste des installations désignées à l'annexe V](#).

AVIS : Les seules dates reconnues par la RAMQ comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la RAMQ par le directeur des services professionnels et hospitaliers avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates déterminées par la RAMQ qui est retenu. Consulter les [calendriers des jours fériés](#) sur le site Web de la RAMQ.

ANNEXE VII – CONCERNANT L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

1. OBJET

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

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

2. ADMISSIBILITÉ

2.1 Les mesures prévues à cette annexe s'appliquent au chirurgien buccal et maxillo-facial qui a une pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie. Elles ne s'appliquent toutefois pas au chirurgien buccal et maxillo-facial qui bénéficie des modalités de ressourcement dans les territoires désignés prévues à l'Annexe IV de l'Entente.

2.2 Les critères de pratique active sont déterminés périodiquement par les parties négociantes et transmis à la Régie aux fins d'application de ce programme.

3. MODALITÉS D'APPLICATION

3.1 Le chirurgien buccal et maxillo-facial bénéficie d'un maximum de quatorze (14) demi-journées de ressourcement par année civile. Les demi-journées de ressourcement sont calculées et octroyées au crédit du chirurgien buccal et maxillo-facial à raison d'une demi-journée de ressourcement pour chaque tranche de dix mille dollars (10 000 \$) de gains de pratique payés par la Régie au cours de l'année civile.

3.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut utiliser ses demi-journées de ressourcement par anticipation, jusqu'à concurrence de quatorze (14) demi-journées par année civile. À la fin d'une année civile, s'il a utilisé, par anticipation, plus de demi-journées de ressourcement que ce à quoi il a droit en vertu du paragraphe 3.1, les demi-journées en excédent viennent réduire le nombre de demi-journées auquel il a droit lors de l'année subséquente.

3.3 Les demi-journées de ressourcement peuvent être utilisées tous les jours de la semaine. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui réclame le paiement d'une demi-journée de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires de la Régie au cours de la même période.

3.4 Les demi-journées de ressourcement non utilisées au cours d'une année ne peuvent être cumulées. Elles ne peuvent également faire l'objet d'une indemnisation.

3.5 Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui participe à une activité de ressourcement reconnue doit donner un préavis d'un (1) mois au chef de département ou de service.

3.6 Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui participe à une activité de ressourcement reconnue a droit au paiement d'un montant forfaitaire de quatre cents dollars (400 \$) par demi-journée de ressourcement à compter du 1^{er} mai 2017.

AVIS : Remplir le formulaire [Demande de paiement – Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ – Annexe VII – ASCBMFQ \(4188\)](#) en y inscrivant les renseignements pertinents.

Transmettre l'original du formulaire à l'adresse indiquée et joindre l'attestation (voir l'article 4 de l'annexe VII).

Voir le [Guide de facturation – Mesures incitatives](#).

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

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

4. ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

4.1 Seules les activités de développement professionnel et de maintien des compétences reconnues par les parties négociantes peuvent donner droit aux avantages prévus au présent programme.

4.2 Sont reconnues les activités qui répondent à l'un ou l'autre des critères suivants :

i. Les activités d'apprentissage collectif agréées

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

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

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

ii. Les stages de formation et de perfectionnement

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

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

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

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

Par courrier

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

Par télécopieur

418 266-8444

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

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

5. COMITÉ CONJOINT

5.1 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de l'application du programme prévu à la présente annexe.

5.2 Le comité conjoint a pour principale fonction d'évaluer les demandes de reconnaissance de stage de formation ou de perfectionnement transmises par les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux en vertu de l'alinéa 4.2 ii.

De plus, le comité conjoint peut se prononcer sur toute activité de développement professionnel et de maintien des compétences prévue à l'alinéa 4.2 i. lorsque cette implication est nécessaire afin de bien cerner si une activité satisfait ou non aux conditions prévues à cet alinéa.

5.3 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comporte l'information nécessaire à l'application du présent programme.

6. MISE EN VIGUEUR

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

JEAN POIRIER

Président

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

ANNEXE VIII - CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ SUR LES SERVICES VISÉS AUX CLAUSES TRANSITOIRES

1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ

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

2. MODALITÉS DE CALCUL

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

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

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

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

3. MODALITÉS D'APPLICATION

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

JEAN POIRIER

Président

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

ANNEXE IX - CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ SUR LES SERVICES NON VISÉS AUX CLAUSES TRANSITOIRES

1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ

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

2. MODALITÉS DE CALCUL

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

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

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

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

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

3. MODALITÉS D'APPLICATION

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

JEAN POIRIER

Président

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

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

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

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

JEAN POIRIER

Président

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

ANNEXE XI - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES DANS LES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente annexe a pour objet de déterminer les conditions d'exercice et la rémunération relatives aux activités administratives rendues par un chef de service de chirurgie buccale et maxillo-faciale ou son remplaçant dans une installation où sont rendus des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente annexe s'applique au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui agit à titre de chef de service de chirurgie buccale et maxillo-faciale, ou qui le remplace, dans une installation et qui n'est pas déjà rémunéré pour les activités visées par la présente annexe.

3. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

À des fins de rémunération, les activités administratives couvertes par la présente annexe sont les suivantes :

- Services administratifs assumés par le chef de service de chirurgie buccale et maxillo-faciale, dans la mesure où celui-ci n'est pas déjà rémunéré pour les dispenser.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.1 Les modalités de rémunération en lien avec les activités administratives couvertes par la présente annexe sont les suivantes :

- 45 \$ par période de 30 minutes continues et complétées, maximum de 120 minutes par mois par installation désignée.

AVIS : Pour les activités administratives :

- utiliser le code de facturation **94531**;
 - inscrire la durée en minutes.
- Un minimum de 30 minutes continues est nécessaire.*
Aucun numéro n'assurance maladie n'est requis.

4.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial ne peut réclamer les modalités prévues que pour un seul poste de chef de service de chirurgie buccale et maxillo-faciale par installation ou groupe d'installations désignées.

4.3 Lorsque plus d'un chirurgien buccal et maxillo-facial assume des fonctions de chef de service de chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein d'un établissement, le nombre d'unités mensuelles réclamées par l'ensemble des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne peut être supérieur au maximum de 120 minutes par mois par installation ou groupe d'installations désignées.

5. INSTALLATIONS VISÉES

ANNEXE XI - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES DANS LES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

Les installations où s'appliquent les présentes modalités sont désignées par les parties négociantes.

AVIS : Voir la [liste des installations désignées à l'annexe XI](#).

6. AVIS

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

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} mai 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

ROBERT PAQUIN

Président

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

ANNEXE XII - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION POUR LES RENCONTRES MULTIDISCIPLINAIRES DANS LES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente annexe a pour objet de déterminer les conditions d'exercice et la rémunération relatives à la participation d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale à des rencontres multidisciplinaires dans une installation désignée où sont rendus des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

La rencontre multidisciplinaire vise la discussion de cas cliniques d'un ou de plusieurs patients dans l'objectif de planifier, d'assurer le suivi ou, le cas échéant, le traitement ou le soutien médical requis.

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente annexe s'applique au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, qui, dans une installation désignée, participe à une réunion multidisciplinaire rencontrant les conditions suivantes :

- Une rencontre multidisciplinaire implique la participation d'au moins deux autres professionnels de la santé membres d'un ordre professionnel. Ceux-ci doivent provenir d'une autre discipline que la chirurgie buccale et maxillo-faciale (orthophoniste, dentiste, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, médecin, etc.).

La rencontre doit être précédée d'une convocation, son objet défini dans un ordre du jour.

Des notes relatant la discussion du cas clinique doivent être versées au dossier du patient.

De plus, la participation d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale à une réunion clinique multidisciplinaire doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une vidéoconférence, mais non par conférence téléphonique.

Sont exclus la préparation pour une telle réunion ainsi que tout mandat pouvant être réalisé relativement à une réunion.

3. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Les modalités de rémunération en lien avec les rencontres multidisciplinaires couvertes par la présente annexe sont les suivantes :

- 150 \$ pour la première heure, puis 50 \$ par quart d'heure supplémentaire complété.
- Un maximum de 40 heures par année civile peut être réclamé par spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.
- Le maximum d'heures par installation par année civile est déterminé par les parties négociantes.

ANNEXE XII - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION POUR LES RENCONTRES MULTIDISCIPLINAIRES DANS LES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

AVIS : Pour les rencontres multidisciplinaires :

- utiliser le code de facturation **94532**;
- inscrire la durée de la rencontre en minutes.

Un minimum de 60 minutes continues est nécessaire.

Le rôle 1 est obligatoire.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.2 La participation du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

4. INSTALLATIONS VISÉES

Les installations où les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux peuvent se prévaloir des présentes dispositions sont désignées par les parties négociantes.

AVIS : Voir la [liste des installations désignées à l'annexe XII](#).

5. AVIS

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

6. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} mai 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

ROBERT PAQUIN

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

ANNEXE XIII - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION POUR LA SUPERVISION D'ÉTUDIANTS ET DE RÉSIDENTS EN STAGE DE CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE EN MILIEU HOSPITALIER

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La formation d'étudiants et de résidents en médecine ou en médecine dentaire comprend la poursuite de stages cliniques dans des établissements universitaires reconnus.

Dans ce cadre, les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale sont appelés à assurer la supervision clinique de ces stages.

La présente annexe a pour objet de déterminer les conditions d'exercice et la rémunération relatives aux activités de supervision d'étudiants et de résidents en stage de chirurgie buccale et maxillo-faciale en milieu hospitalier.

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente annexe s'applique au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, qui effectue la supervision d'étudiants et de résidents selon les modalités prévues à la présente entente.

3. ACTIVITÉS VISÉES

3.1 Les activités de supervision clinique visées par la présente annexe sont celles qui sont accomplies par un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, dans un établissement universitaire reconnu tel que défini à l'article 4, pour lequel celui-ci n'est pas déjà rémunéré par cet établissement et qui s'inscrivent dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

3.1.1 La supervision clinique d'un stage en chirurgie buccale et maxillo-faciale effectué par un résident d'un programme de formation postdoctorale en médecine ou en médecine dentaire (ci-après désigné le « résident »);

3.1.2 La supervision clinique d'un stage en chirurgie buccale et maxillo-faciale effectué par un étudiant pendant la période du programme d'étude pré doctoral en médecine ou en médecine dentaire (ci-après désigné l'« étudiant »);

3.2 Les activités de supervision clinique visées à l'article 3.1 comprennent l'évaluation du résident ou de l'étudiant en cours de stage ou en fin de stage.

3.3 Pour plus de précision, les activités suivantes ne font pas partie des activités de supervision clinique rémunérées par la présente annexe :

- Les activités d'enseignement effectuées par le biais de stages d'immersion clinique, APP, supervision par discussion de cas, centres d'apprentissage aux habiletés cliniques, etc.
- Les activités de gestion académique ou d'encadrement de l'activité de supervision clinique, tels que coordonnateur de stage, directeur de programme, etc.

4. ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES RECONNUS

4.1 Les établissements universitaires reconnus sont ceux où, dans le cadre d'un contrat d'affiliation ou de services conclus, sont dispensés les programmes de formation universitaire en médecine ou en médecine dentaire.

5. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.1 Les modalités de rémunération en lien avec les activités couvertes par la présente annexe sont les suivantes :

50 \$ par demi-journée, en matinée ou en après-midi, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, avec un maximum de deux forfaits par jour. Un seul forfait peut être réclamé par demi-journée peu importe le nombre d'étudiants ou de résidents supervisés.

AVIS : *Pour les activités de supervision clinique :*

- utiliser le code de facturation **94534**;

- selon la situation, utiliser l'élément de contexte **Période d'activités de supervision en avant-midi ou Période d'activités de supervision en après-midi**.

Le rôle 1 est obligatoire.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.2 Ce forfait ne peut être réclamé par un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui reçoit déjà une rémunération d'un établissement d'enseignement universitaire pour ces activités.

5.3 La rémunération prévue à l'article 5.1 comprend le temps consacré par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale aux fins de l'évaluation de l'étudiant ou du résident en cours de stage ou en fin de stage. Toutefois, cette rémunération ne peut être réclamée aux seules fins de l'évaluation de stage au cours d'une journée où aucune activité de supervision n'est effectuée.

5.4 Ce forfait ne peut être réclamé par un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale lorsque le résident ou l'étudiant est déjà supervisé par un autre spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale durant la même période. Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a le droit de réclamer le forfait est celui qui, selon l'assignation effectuée par le chef de département ou le directeur de programme universitaire, assume la prise en charge et la responsabilité de cet étudiant ou résident au cours de cette demi-journée.

5.5 Les installations où les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux peuvent se prévaloir des présentes dispositions sont désignées par les parties négociantes.

AVIS : Voir la [liste des installations désignées de l'annexe XIII](#).

6. AVIS

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

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} mai 2017.

ENTENTE

ANNEXE XIII - CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION POUR LA SUPERVISION D'ÉTUDIANTS ET DE RÉSIDENTS EN STAGE
DE CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE EN MILIEU HOSPITALIER

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mars 2019.

DANIELLE McCANN

Ministre

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

ROBERT PAQUIN

Président

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

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

(Annexe I de l'entente)

RÈGLES GÉNÉRALES

AVIS : Pour connaître la clientèle admissible aux services assurés de la RAMQ en fonction du lieu de dispensation, voir l'Annexe VI – Tableau des services dentaires assurés du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence** lorsque le patient requiert des soins immédiats.

AVIS : Lorsque le code de facturation requiert une information en relation avec d'autres services facturés, utiliser l'élément de contexte **Site différent ou Séance différente** pour préciser l'information.

1.1 Le chirurgien buccal et maxillo-facial est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée.

Toutefois, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service assuré.

Les actes pour lesquels le chirurgien buccal et maxillo-facial se fait assister par du personnel auxiliaire, dans le cadre du régime, demeurent sous la responsabilité et la surveillance immédiate du chirurgien buccal et maxillo-facial traitant.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui fournit des services avec le concours d'un dentiste résident dans le cadre d'un programme d'enseignement approuvé par une université est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires et règles d'application. À cette fin, il doit être présent auprès de la personne assurée et s'identifier lors de la dispensation du service et y participer.

AVIS : Pour chaque service effectué lors de la supervision des dentistes résidents, utiliser l'élément de contexte **Service fourni en centre hospitalier avec le concours d'un ou de dentistes résidents dans un programme visé**.

Nul honoraire n'est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui voit une personne assurée dont il n'est pas le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant ou le chirurgien buccal et maxillo-facial consultant, dans le cadre d'activités d'enseignement, de recherche ou d'intérêt scientifique.

1.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut soumettre une demande de considération spéciale :

- a) pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au tarif déjà fixé pour cet acte;

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Acte posé plus souvent que convenu à l'entente**.

- b) pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré;

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Service dont la complexité est inhabituelle**.

Attendre de recevoir la correspondance de la RAMQ pour fournir les renseignements décrivant l'acte posé et si nécessaire le compte rendu opératoire servant à l'appréciation de la demande d'honoraires additionnels.

Pour toute demande de rémunération d'un service en raison d'une considération spéciale, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit fournir à la Régie les seuls renseignements requis pour fins d'appréciation du relevé d'honoraires.

La Régie effectue le paiement du relevé d'honoraires.

La Régie fixe le montant dû au chirurgien buccal et maxillo-facial, le cas échéant, elle majore le montant des honoraires demandés ou obtient un remboursement.

Advenant un remboursement, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut loger un différend en contestation de la décision de la Régie.

1.3 La rémunération pour l'acte et le coût de la substance lors d'une anesthésie locale ou régionale est comprise dans la rémunération de l'acte qui l'a nécessitée, à moins qu'il n'en soit fait mention différente au tarif.

1.4.1 Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à soixante-six et deux tiers pourcent (66^{2/3} %) du tarif établi.

1.4.2 Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cinquante-quatre pourcent (54 %) du tarif établi.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Patient sous anesthésie générale**.

Inscrire :

- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant;

- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.

Voir l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

1.5 Pour les fins d'identification, les dents sont numérotées comme suit :

Dents permanentes

(supérieur droit)	(supérieur gauche)
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
(inférieur droit)	(inférieur gauche)

Dents primaires

(supérieur droit)	(supérieur gauche)
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
(inférieur droit)	(inférieur gauche)

AVIS : Pour plus de détails sur la facturation lorsqu'un numéro de dent ou de surface est exigé, voir les annexes du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#) :

- II – Numérotation et noms des surfaces des dents;

- III – Âge admissible pour certains services en lien avec les numéros de dent.

Lorsque vous dérogez de ces barèmes, indiquer la raison.

Dent surnuméraire

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

1.6 Sont dites antérieures, la centrale, la latérale et la canine.

1.7 L'inscription au dossier des éléments suivants est partie essentielle de la rémunération prévue à l'entente :

- a) les éléments pertinents de l'anamnèse;
- b) les données pertinentes résultant de l'observation;
- c) le cas échéant :
 - les clichés radiologiques

- la prescription de médicaments
- le procédé opératoire

Supplément par personne assurée

1.8 Un supplément par personne assurée est payé pour tout acte posé, **en cabinet privé**, le dimanche et les jours fériés ci-après énumérés, ainsi que pour celui posé entre 23 heures et 7 heures les autres jours.

94400 Supplément par personne assurée 20,00

AVIS : *Inscrire l'heure de début du service.*

Sont fériés les jours suivants :

1^{er} janvier

2 janvier

Vendredi saint

Lundi de Pâques

Journée nationale des patriotes

Fête nationale du Québec

Fête du Canada

Fête du Travail

Action de grâces

24 décembre

25 décembre

26 décembre

31 décembre

AVIS : *Consulter les [calendriers des jours fériés](#) sur le site Web de la RAMQ.*

1.9 Le chirurgien buccal et maxillo-facial auquel un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

- Au 1^{er} avril 2018, l'indemnité est de 0,88 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle).
- Au 1^{er} octobre 2018, l'indemnité est de 0,91 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle).
- On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.
- Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

AVIS : *Utiliser le code de facturation **94520**.*

Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie ou l'identité complète du patient;
- l'établissement où le service a été rendu dans la section Lieu de dispensation;
- le lieu en référence Lieu de départ pour un déplacement;
- le code postal ou l'établissement de son lieu de départ dans la section Lieu en référence;
- le nombre de km unidirectionnel à partir des limites de la ville.

Si plusieurs patients sont vus lors de ce déplacement, inscrire le numéro d'assurance maladie de tous les patients assurés pour lequel le déplacement a été requis.

Voir la section Frais pour déplacement du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

1.10 Supplément pour enfant de moins de six ans

Lorsque des services assurés sont dispensés à un enfant de moins de six ans, un supplément par séance est payé au chirurgien buccal et maxillo-facial. Toutefois, si au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

94540 Supplément pour enfant de moins de six ans 7,50

1.11 Supplément pour l'asepsie

Lorsque des services assurés sont dispensés à une personne assurée en cabinet privé et sont facturés à la Régie, un supplément pour l'asepsie est payable par séance. Pour les prothèses dentaires, cette règle s'applique seulement une fois lors de la mise en bouche. Cette règle ne s'applique pas si au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale.

94541 Supplément pour l'asepsie 6,50

AVIS : *Inscrire la date de l'autorisation lorsque le supplément pour l'asepsie est facturé en lien avec une prothèse acrylique.*

1.12 Supplément pour patient ayant un indice de masse corporelle (IMC) plus grand ou égal à 40

Lorsque des services assurés sont dispensés à un patient ayant un indice de masse corporelle (IMC) plus grand ou égal à 40, un supplément par séance est payé au chirurgien buccal et maxillo-facial.

94542 Supplément pour patient ayant un IMC plus grand ou égal à 40 300,00

AVIS : *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

1.13 Supplément pour préparation de chirurgie bi-maxillaire (work-up)

Lorsqu'un chirurgien buccal et maxillo-facial effectue des procédés préparatoires (work up) pour une chirurgie impliquant les codes de facturation 77121 et 77310, un supplément est payable par chirurgie. Ce supplément est payable au même moment que la chirurgie.

94543 Supplément pour préparation de chirurgie bi-maxillaire (work-up) 1 795,00

1.14 Supplément pour l'utilisation de substances médicamenteuses par voie intraveineuse qui implique qu'un patient peut facilement (sédation intraveineuse modérée) ou difficilement recouvrer l'état d'éveil (sédation intraveineuse profonde)

Lorsque des services assurés sont dispensés à une personne assurée pour lesquels le chirurgien buccal et maxillo-facial recourt à l'utilisation de substances médicamenteuses par voie intraveineuse qui implique qu'un patient peut facilement ou difficilement recouvrer l'état d'éveil, un supplément est payable par séance,

94544 Supplément pour l'utilisation de substances médicamenteuses par voie intraveineuse qui implique qu'un patient peut facilement recouvrer l'état d'éveil (sédation intraveineuse modérée) 250,00

94545 Supplément pour l'utilisation de substances médicamenteuses par voie intraveineuse qui implique qu'un patient peut difficilement recouvrer l'état d'éveil (sédation intraveineuse profonde) 300,00

2.0 La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

1. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés ou, si cela est plus avantageux, au forfait de l'urgence. Le chirurgien buccal et maxillo-facial indique au relevé d'honoraires le nom du professionnel qui l'a appelé et l'heure de l'appel.

AVIS : *Le professionnel a le choix entre le forfait de l'urgence pendant l'horaire de garde (codes de facturation **94401, 94402 ou 94403**) ou à la facturation des services avec la majoration d'urgence appliquée sur chaque service rendu.
Il ne peut pas facturer les deux à la fois.*

L'horaire de garde comprend : en semaine, la période comprise entre 19 heures et 7 heures; le week-end; et les jours fériés.

2. Les honoraires majorés sont établis comme suit :

- La majoration est de 70 % pour les soins donnés de 19h00 à 24h00 du lundi au vendredi.
- La majoration est de 150 % pour les soins donnés entre 0h00 et 7h00 du lundi au vendredi.
- La majoration est de 70 % pour les soins donnés de 7h00 à 24h00 les samedis, dimanches et jours fériés.
- La majoration est de 150 % pour les soins donnés de 0h00 à 7h00 les samedis, dimanches et jours fériés.
- On détermine la majoration en regard de l'heure du début du service rendu.
- La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

AVIS : *Si le professionnel choisit la facturation des services avec la majoration d'urgence, il doit utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence pendant l'horaire de garde** et inscrire :*
- le numéro du professionnel qui a appelé, ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant;
- l'heure de l'appel;
- l'heure du début du service.

3. Le forfait de l'urgence est de 100,45 \$ entre 0 et 7 heures et de 60,50 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

Un forfait de l'urgence de 60,50 \$ est également payé au chirurgien buccal et maxillo-facial qui se rend au centre hospitalier pour des soins d'urgence le jour en semaine.

Ce forfait est un honoraire global : sont compris tous les soins donnés par le chirurgien buccal et maxillo-facial pendant le temps qu'il a passé au centre hospitalier.

AVIS : *Pour facturer le forfait de l'urgence, inscrire l'un des codes de facturation suivants :*

- **94401**, en tout temps de 0 h à 7 h (100,45 \$);
- **94402**, en semaine (sauf les jours fériés) de 19 h à 0 h et les samedis, les dimanches et les jours fériés de 7 h à 0 h (60,50 \$);
- **94403**, en semaine (sauf les jours fériés) de 7 h à 19 h (60,50 \$).

Inscrire également :

- le numéro du professionnel qui a appelé ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant;
- l'heure de l'appel.

4. Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier du centre hospitalier qui coïncide avec la date d'une fête légale ou, si elle tombe le week-end, le jour de sa célébration.

Les fêtes légales sont les 1^{er} et 2 janvier, le lundi de Pâques, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du Travail, l'Action de grâces, la fête de Noël et le 26 décembre.

AVIS : Les seules dates reconnues par la RAMQ comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la RAMQ par le directeur des services professionnels et hospitaliers avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates déterminées par la RAMQ qui est retenu.
Consulter les [calendriers des jours fériés](#) sur le site Web de la RAMQ.

2.01 Visite

01113 Visite pré-opératoire 102,05

La visite pré-opératoire est celle faite à un patient dont il est le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant pour un examen ou une visite précédant une chirurgie. Une seule visite pré-opératoire peut être payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui effectuera la chirurgie. Celle-ci est payable dans les 90 jours précédents la chirurgie.

01114 Visite post-opératoire 50,55

La visite post-opératoire est celle faite à un patient dont il est ou non le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant pour un examen ou une visite à la suite d'une chirurgie. Quatre visites post-opératoires peuvent être payables à la suite d'une chirurgie, qu'il s'agisse du chirurgien buccal et maxillo-facial ayant effectué la chirurgie ou non. Celles-ci sont payables dans un délai maximal de 365 jours suivant la chirurgie. Cette visite ne peut toutefois être réclamée lorsqu'il s'agit des chirurgies suivantes :

- Ablation de dent ou de racine;
- Alvéolectomie, tubéroplastie, alvéoplastie et gingivectomie;
- Exérèse d'excès de muqueuse;
- Ablation de torus;
- Traitement de glandes salivaires.

AVIS : inscrire la date de la chirurgie liée à la visite post-opératoire.

Lorsqu'un acte chirurgical est posé dans un centre hospitalier entendu au sens de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, toute visite ou examen pré ou post-opératoire et relié à ce acte chirurgical est réputé être posé au même endroit que la chirurgie.

AVIS : Pour la visite pré ou post-opératoire :

- inscrire le code de l'établissement où la chirurgie a été effectuée dans la section **Lieu de dispensation;**
- utiliser l'élément de contexte **Service non rendu en centre hospitalier mais réputé l'être.**

01302 Visite pour traitement médical 32,00

La visite pour traitement médical est celle faite à un patient hospitalisé dont il est le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant pour un examen ou un traitement médical. Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit indiquer au relevé d'honoraires le motif de la visite, le diagnostic et, le cas échéant, le traitement.

Les visites pour traitement médical s'appliquent à tout suivi post examen complet, consultation ou post opératoire. Le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à un maximum de neuf (9) visites de traitement au cours des 365 jours suivant l'examen complet, la consultation ou l'intervention chirurgicale, dont trois (3) visites peuvent être facturées au cours des deux (2) premiers mois et six (6) autres visites au cours des dix (10) mois suivant, sous réserve d'un maximum d'une (1) visite de traitement par mois.

AVIS : *Inscrire :*

- la date d'entrée au centre hospitalier;
- le diagnostic approprié.

Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

01603 Visite de contrôle

32,00

La visite de contrôle en centre hospitalier est celle faite par le chirurgien buccal et maxillo-facial pour contrôler l'évolution de l'état d'un patient, qu'il en soit ou non le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui revoit un patient chez lequel il a pratiqué une chirurgie peut se prévaloir du tarif de la visite de contrôle, sauf lorsqu'il s'agit des chirurgies suivantes :

- Ablation de dent ou de racine;
- Alvéolectomie, tubéroplastie, alvéoloplastie et gingivectomie;
- Exérèse d'excès de muqueuse;
- Ablation de torus;
- Traitement de glandes salivaires.

Les visites de contrôle s'appliquent à tout suivi post examen complet, consultation ou post opératoire. Le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à un maximum de neuf (9) visites de contrôle au cours des 365 jours suivant l'examen complet, la consultation ou l'intervention chirurgicale, dont trois (3) visites peuvent être facturées au cours des deux (2) premiers mois et six (6) autres visites au cours des dix (10) mois suivant, sous réserve d'un maximum d'une (1) visite de contrôle par mois.

DIAGNOSTIC

2.1 L'observation faite lors de l'exécution du plan de traitement n'est pas réputée être un examen.

L'examen

2.2 L'examen est l'analyse de l'état buccal et maxillo-facial de la personne assurée par un chirurgien buccal et maxillo-facial, comprenant :

- 1) l'anamnèse pertinente;
- 2) l'observation de l'ensemble de la structure buccale et maxillo-faciale;
- 3) l'image radiologique, si nécessaire;
- 4) les recommandations à la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments;
- 5) l'inscription au dossier des données significatives

01120 Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	46,75
01130 Examen d'une personne assurée de 12 ans et plus	58,25

2.3 Le chirurgien buccal et maxillo-facial convient pour une même personne assurée de ne réclamer aucun autre examen, à moins qu'il ne se soit écoulé **365 jours** depuis le premier examen.

Toutefois, lorsque la personne assurée est suivie pour des fins oncologiques par un chirurgien buccal et maxillo-facial en établissement, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut réclamer un deuxième examen par période de 365 jours. Les établissements visés sont ceux désignés au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

01121 Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans aux fins d'oncologie	46,75
01131 Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans et plus aux fins d'oncologie	58,25

AVIS : Voir l'Annexe V – Listes des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques (règle 2.3) du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

Examen d'urgence

2.4 L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé buccale ou maxillo-faciale en raison d'une condition particulière qui selon le chirurgien buccal et maxillo-facial ou le patient exige une attention immédiate et comprenant :

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

2.5 Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit indiquer sur sa demande de paiement le motif de l'examen d'urgence, si, au cours de la même séance, il n'a dispensé aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie.

01300 examen d'urgence	27,00
-------------------------------	-------

AVIS : *Inscrire le diagnostic requis pour justifier la raison de l'examen lorsque celui-ci est fait seul.*
Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

Le non-respect de cet avis entraînera un refus de paiement.

Consultation

2.6 La consultation est l'examen clinique d'une personne assurée pratiqué par un chirurgien buccal et maxillo-facial à la suite de la demande d'un autre chirurgien buccal et maxillo-facial, d'un dentiste ou d'un médecin, qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le chirurgien buccal et maxillo-facial consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au chirurgien buccal et maxillo-facial traitant, au dentiste ou au médecin. Le rapport ainsi soumis est un compte rendu élaboré comprenant, entre autres, la description des symptômes, les résultats d'examen, le diagnostic, le plan de traitement et le pronostic.

Un maximum d'une (1) consultation par patient par 365 jours pour le même motif est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial.

Une consultation ne peut être facturée à titre de visite de contrôle ou d'examen.

2.7 Abrogé.

2.8 Lorsqu'un chirurgien buccal et maxillo-facial sollicite une consultation, il fournit l'image radiologique obtenue à l'occasion de son examen.

93220 Consultation : personne assurée de moins de 12 ans 75,00

93230 Consultation : personne assurée de 12 ans et plus 75,00

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel qui sollicite la consultation, ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant.*

AVIS : *Inscrire le diagnostic correspondant à la pathologie pour laquelle votre expertise est requise.*
Voir la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

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.

AVIS : *La radiographie (peu importe le type, incluant la radiographie panoramique) est toujours un service assuré et sa rémunération est incluse dans celle de l'examen ou de tout autre service assuré. Par conséquent, aucune somme ne peut être demandée au patient, même si aucun examen ou service assuré ne peut être facturé à la Régie le jour de la prise de la radiographie.*

RESTAURATION

AVIS : Tous les actes de restauration sont rémunérés à 66 2/3 %.

Voir la règle d'application 1.4.1.

AVIS : Pour les actes de restauration effectués sous anesthésie générale, utiliser l'élément de contexte **Patient sous anesthésie générale**. Voir la règle d'application 1.4.2.

Inscrire :

- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste, ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant.

- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.

Voir l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

AVIS : Pour la numérotation des dents, voir la règle d'application 1.5 ou l'Annexe II – Numérotation et nom des surfaces des dents du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

3.1 La rémunération pour un acte de restauration comprend tout procédé nécessaire à son accomplissement, notamment le coût de tout matériau à l'exception de ceux spécifiquement mentionnés au tarif.

3.2 Lors d'un acte de restauration ou d'endodontie sur les dents centrales et latérales primaires d'une personne assurée âgée de 9 ans et plus et sur les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée de 12 ans et plus, le chirurgien buccal et maxillo-facial fournit une note explicative sur la demande de paiement.

3.3 La rémunération du polissage est comprise dans la rémunération de la restauration.

Restauration sur dent antérieure

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

AVIS : Inscrire le numéro de la dent et indiquer la surface. Ne plus utiliser le numéro de surface mais plutôt le terme exact pour indiquer la surface.

Codes				
21231	Amalgame	Classe I	incisive	40,50
21231			linguale	40,50
21232		Classe III	mésiale	81,25
21232			distale	81,25
23101	Matériau esthétique	Classe I	incisive	68,00
23101			linguale	68,00
23103		Classe III	mésiale	76,75
23103			distale	76,75
23104		Classe IV	mésiale	138,00
23104			distale	138,00
23102		Classe V	buccale	68,00
23102			linguale	68,00
23105	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			184,00
23108	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			188,00

AVIS : Pour les codes de facturation **23105** et **23108**, inscrire le numéro de la dent et indiquer toutes les surfaces de la dent.

3.5.1 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 : Vous devez facturer chaque code de restauration rendu sur une dent antérieure. Toutefois, la combinaison de codes de facturation ou de classes sur une même dent ne doit pas excéder les honoraires correspondant à une reconstruction complète du tiers incisif (code de facturation **23105**).

La RAMQ ajustera les honoraires auxquels vous avez droit à postériori, s'il y a lieu.

3.5.2 Sur une dent antérieure, un même service d'obturation est rémunéré une fois par trois cent soixante-cinq (365) jours sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur une dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

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

Restauration sur dent postérieure

3.6 Lorsqu'une ou plusieurs cavités sur une surface ne s'étendent pas au-delà du premier tiers (1/3) d'une autre surface qui lui est contiguë, cette ou ces cavités est (sont) réputée(s) être située(s) sur une même surface.

Sous réserve de ce qui précède, lorsqu'une cavité s'étend sur plusieurs surfaces contiguës, la rémunération de l'obturation correspond à celle fixée pour chaque combinaison de surfaces mentionnée ci-dessous.

3.7 Pour fins de rémunération sur les molaires primaires, les molaires permanentes et les prémolaires, les surfaces sont identifiées comme suit :

AVIS : Ne plus utiliser le numéro de surface mais plutôt le terme exact pour indiquer la surface.

- a) cinq (5) surfaces
- mésiale
 - buccale
 - occlusale (incisive)
 - linguale
 - distale

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF
RESTAURATION

- b) huit (8) combinaisons de deux (2) surfaces - MO
- DB
- DL
- MB
- DO
- ML
- OB
- OL
- c) dix (10) combinaisons de trois (3) surfaces - MOD
- DOB
- DOL
- MDB
- MDL
- MLB
- MOB
- DLB
- MOL
- OLB
- d) cinq (5) combinaisons de quatre (4) surfaces - MOBL
- DOBL
- MODB
- MODL
- MDBL
- e) une (1) combinaison de cinq (5) surfaces - MODBL

3.8 Le tarif pour un service d'obturation sur les molaires primaires, les molaires permanentes et les prémolaires est établi selon une valeur de base plus une valeur additionnelle par surface obturée.

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

3.10 Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de trois cent soixante-cinq (365) jours sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur une dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

AVIS : *Inscrire uniquement le numéro de la dent pour le code de facturation 21999*

Tous les autres codes de restauration doivent être accompagnés du numéro de la dent et de la surface.

En amalgame

Molaire primaire

21999	valeur de base	16,50
21101	une surface	23,75
21102	deux surfaces	63,50
21103	trois surfaces	79,75
21104	quatre surfaces	106,50
21105	cinq surfaces	141,25

Prémolaire

21999	valeur de base	16,50
21211	une surface	23,75
21212	deux surfaces	66,00
21213	trois surfaces	82,25
21214	quatre surfaces	112,25
21215	cinq surfaces	146,25

Molaire permanente

21999	valeur de base	16,50
21221	une surface	36,75
21222	deux surfaces	76,50
21223	trois surfaces	105,75
21224	quatre surfaces	132,47
21225	cinq surfaces	175,00

En matériau esthétique

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

AVIS : Inscrire uniquement le numéro de la dent pour le code de facturation **23999**.

Pour les codes de facturation **23301** et **23302**, inscrire le numéro de la dent ainsi que la ou les surfaces.

23999	valeur de base	16,50
23301	une surface	56,25
23302	deux surfaces	102,50

Tenon par restauration

21301	un tenon	20,25
21302	deux tenons	31,50
21306	trois tenons ou plus	44,25

Couronne préfabriquée

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

AVIS : Incrire le numéro de la dent.

Matériau esthétique

27421 sur antérieure primaire 128,00

Métallique

27401 antérieure primaire 128,00

27403 postérieure primaire 128,00

27411 antérieure permanente 128,00

27413 postérieure permanente 145,00

Métallique fenêtrée

27415 antérieure primaire 180,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

3.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial qui a procédé à la confection et à la mise en place de ladite couronne ne s'applique que lorsqu'il s'est écoulé cent quatre-vingt (180) jours depuis la cimentation ou la recimentation de la couronne.

AVIS : Incrire le numéro de la dent.

29101 recimentation d'une couronne préfabriquée 64,75

ENDODONTIE

AVIS : Tous les actes d'endodontie sont rémunérés à 66 2/3 %. Voir la règle d'application 1.4.1.

AVIS : Pour les actes d'endodontie effectués sous anesthésie générale, utiliser l'élément de contexte **Patient sous anesthésie générale**. Voir la règle d'application 1.4.2.

Inscrire :

- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste, ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant.

- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.

Voir l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

AVIS : Pour la numérotation des dents, voir la règle d'application 1.5 ou l'Annexe II – Numérotation et nom des surfaces des dents du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

Pansement sédatif

4.1 Le pansement sédatif consiste à la mise en place d'une obturation provisoire dans le cas d'une fracture dentaire ou pour soulager la douleur d'une dent symptomatique (incluant le coiffage de pulpe direct ou indirect). Le pansement sédatif ne peut être utilisé qu'une seule fois sur une même dent par période de 180 jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

AVIS : Inscrire le numéro de la dent.

31111 pansement sédatif 56,75

Endodontie sur dent primaire

4.2 La pulpotomie sur dent primaire se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent.

AVIS : Inscrire le numéro de dent.

32211 Pulpotomie sur dent primaire 71,25

4.3 La pulpectomie sur dent primaire se dit de tout traitement de la partie coronaire et radulaire de l'endodonte des dents primaires.

AVIS : Inscrire le numéro de dent.

32310 Pulpectomie sur dent primaire 71,25

Endodontie sur dent permanente

AVIS : Inscrire le numéro de dent

Avis : Ce service est assuré pour un enfant de moins de 10 ans et un prestataire d'une aide financière de dernier recours âgé de moins de 13 ans qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services (Règles d'application 4.5, 4.6 et 4.7 seulement).

4.4 La pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent.

33150 Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale 114,45

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant.

- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.

Voir la règle d'application 1.4.2. et l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte.](#)

4.5 Le traitement pour apexification (insertion de média dentinogénique en vue de la fermeture de l'apex) n'est payable qu'une seule fois.

33501	Un canal	294,00
33502	Deux canaux	377,00
33503	Trois canaux	455,00
33504	Quatre canaux et plus	537,00

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

4.6 La rémunération pour le traitement de canal d'une dent permanente avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent comprend la rémunération pour :

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

33001	Un canal	349,00
33002	Deux canaux	498,00
33003	Trois canaux	637,00
33004	Quatre canaux et plus	843,00

4.7 Lorsqu'un traitement de canal en cours ne peut être terminé pour l'une des raisons suivantes, soit un déménagement, le décès de la personne assurée, l'abandon du traitement par la personne assurée ou le changement de dentiste, la raison pour laquelle le traitement de canal n'a pu être terminé doit être précisée sur la demande de paiement.

33999 Traitement de canal partiel sur dent permanente 68,75

AVIS : *Indiquer le type de raison du traitement dentaire Raison de l'abandon d'un traitement de canal.*

Spécifier la raison pour laquelle le traitement de canal n'a pu être terminé.

4.8 Traitement d'urgence

39910 Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire 62,50

CHIRURGIE

AVIS : Lorsque le numéro de dent est requis, voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents ou l'Annexe II – Numérotation et noms des surfaces des dents du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

AVIS : Pour les actes de chirurgie effectués sous anesthésie générale, utiliser l'élément de contexte **Patient sous anesthésie générale**.

Inscrire :

- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant;

- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.

Voir l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

5.1 Abrogé.

5.2 La rémunération pour l'enlèvement de point(s) de suture, pour l'immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (76939), pour la réimplantation d'une dent complètement exfoliée (76940) effectué par un chirurgien buccal et maxillo-facial autre que celui qui a suturé est comprise dans la rémunération de son examen.

5.3 Abrogé.

5.4 À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsqu'au cours d'une séance, plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une personne assurée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial, ces actes sont rémunérés à raison de 100 % du tarif établi pour le premier acte ou pour l'acte le plus tarifé et de 50 % du tarif établi pour chacun des autres actes.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie secondaire pratiquée au cours d'une même séance qu'une chirurgie principale** lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont effectués au cours d'une même séance. L'indiquer pour les chirurgies secondaires seulement.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux actes suivants :

- a) Ablation simple de dent;
- b) Ablation simple de racine dentaire;
- c) Prise greffons osseux ou graisseux;
- d) Mise en place et ablation de distracteurs cranio-maxillo-faciaux;
- e) Mise en place de prothèse alloplastique cranio-maxillo-faciale;
- f) Mise en place et ablation de fixation inter-maxillaire ou d'attelle pré-prothétique.

5.5 Lorsqu'au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial répète un acte tarifé au centimètre, la rémunération pour ces actes est celle fixée pour le nombre de centimètres correspondant à la somme des centimètres effectués.

AVIS : Cette règle d'application s'applique peu importe le site.

5.6 Si au cours d'une même hospitalisation, la personne assurée subit une nouvelle intervention par le même chirurgien buccal et maxillo-facial :

AVIS : Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.

- 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 : Utiliser l'élément de contexte **Nouvelle intervention qui n'est pas reliée à la première ou n'en résulte pas lors d'une même hospitalisation, s'il y a lieu**.

- 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 : Utiliser l'élément de contexte **Nouvelle intervention qui est reliée à la première ou en résulte lors d'une même hospitalisation, s'il y a lieu.**

5.7 Dans le cas spécifique d'une réduction fermée suivie, au cours d'une même séance, d'une réduction ouverte pour une même fracture, seule la réduction ouverte est payable à 100 %. Toute autre combinaison d'actes impliquant une réduction fermée ou une réduction ouverte est assujettie à la règle d'application 5.4.

5.8 Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le chirurgien buccal et maxillo-facial requiert l'assistance d'un autre chirurgien buccal et maxillo-facial ou d'un dentiste, la rémunération de ce dernier, résidents exceptés, eu égard aux actes pour lesquels sa présence a été requise est fixée à 25 % du tarif établi pour l'acte le mieux rémunéré et à 12,5 % du tarif établi pour les autres actes.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie secondaire pratiquée au cours d'une même séance qu'une chirurgie principale lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont effectués au cours d'une même séance.** L'indiquer pour les chirurgies secondaires seulement.

Il en est de même du chirurgien buccal et maxillo-facial qui assiste un médecin chirurgien dans le cadre d'une chirurgie de la tête et du cou (les chirurgies incidentes comprises); dans ce cas, le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à la rémunération prévue à l'alinéa précédent.

AVIS : L'assistant-chirurgien buccal et maxillo-facial (rôle 4) doit s'assurer que sa facture comporte le même code de facturation (même nomenclature) que celle du chirurgien buccal et maxillo-facial principal. Cependant, le chirurgien buccal et maxillo-facial qui assiste un médecin chirurgien doit utiliser un code de facturation de son entente correspondant au service rendu.

5.8.1 Lorsque deux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale opèrent simultanément le même patient en faisant des chirurgies complexes oncologiques comportant la résection d'une tumeur de la région maxillo-faciale faite par un des deux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale suivie par une reconstruction immédiate avec un lambeau libre micro-anastomosé faite par l'autre spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Les parties négociantes transmettront à la Régie de l'assurance maladie du Québec la liste des installations désignées où une telle facturation est permise.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Deux chirurgies effectuées simultanément en rôle 1.**

Liste des installations désignées aux fins de la présente règle

Numéro	Nom	Date de début	Date de fin
0018X	Hôpital Général de Montréal	2013-07-01	
0803X	Site Glen	2013-07-01	
0017X	Hôpital de Montréal pour enfants	2013-07-01	

Liste des installations désignées aux fins de la présente règle

Numéro	Nom	Date de début	Date de fin
0018X	Hôpital Général de Montréal	2013-07-01	
0803X	Site Glen	2013-07-01	
0017X	Hôpital de Montréal pour enfants	2013-07-01	

Forfait pour chirurgie complexe

5.8.2 Les cas de traumatologie, de reconstruction ou d'oncologie d'une durée anesthésique de six heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucuns autres honoraires ne peuvent alors être réclamés par le chirurgien maxillo-facial à l'égard de ce patient dans la même journée. La majoration de soir et de nuit n'est pas applicable.

75994	Durée anesthésique de 6 à 8 heures au total	1 894,00
75995	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total	2 166,00
75996	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total	2 707,00
75997	Durée anesthésique de plus de 12 heures	3 519,00

AVIS : *Le numéro d'assurance maladie est requis pour facturer les forfaits pour chirurgie complexe.*

5.9 Si, à la suite d'une ablation de dent ou de racine, le chirurgien buccal et maxillo-facial procède au cours de la même séance à la correction de pointe osseuse ou de septum (alvéoloplastie), la rémunération pour cette correction est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de racine.

5.10 Lorsqu'une dent se brise au cours de son ablation et qu'il y a ablation de racine de cette dent au cours de la même séance, la rémunération pour l'ablation de cette racine est comprise dans la rémunération de l'ablation de la dent suivant la technique utilisée.

5.11 Lorsqu'au cours d'une même séance, il y a « ablation de dent ou de racine nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture » au même site qu'une ablation de kyste ou de granulome ou au même site qu'une alvéolectomie ou une tubéroplastie, la rémunération pour l'ablation de dent ou de racine est fixée au tarif établi pour l'ablation simple de dent ou l'ablation simple de racine, selon le cas.

5.12 La rémunération pour l'ablation de dent primaire sans anesthésie est comprise dans la rémunération de l'acte principal.

ABLATION DE DENT

AVIS : Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents ou l'Annexe II – Numérotation et noms des surfaces des dents du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

Le numéro de la dent est obligatoire.

Ablation simple de dent

AVIS : Le fait qu'une ablation simple exige des points de suture n'en fait pas une ablation complexe.

sous anesthésie locale ou régionale :

71101	première dent	83,75
71111	chaque dent additionnelle	58,75
sous anesthésie générale :		
71401	première dent	83,75
71411	chaque dent additionnelle	58,75

AVIS : Pour les codes de facturation **71401** et **71411**, inscrire :

- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant;

- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.

Voir l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

Ablation complexe de dent (comprenant ablation du sac adamantin ou folliculaire si indiqué)

72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	147,50
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	132,00
72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	176,00
Ablation de dent dont la surface occlusale est couverte par le tissu osseux :		
72230	entièrement couverte	253,00
	partiellement couverte :	
72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale	283,00
72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée	283,00

ABLATION DE RACINE

AVIS : Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents ou l'Annexe II – Numérotation et noms des surfaces des dents du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

Le numéro de la dent est obligatoire.

Ablation simple de racine dentaire (une ou plusieurs racines d'une même dent)

sous anesthésie locale ou régionale :

72300	première dent	73,75
72311	chaque dent additionnelle	73,75

sous anesthésie générale :

72351	première dent	73,75
72361	chaque dent additionnelle	73,75
<u>AVIS</u> : Pour les codes de facturation 72351 et 72361, inscrire :		
- le numéro de professionnel de l'anesthésiologiste ou son prénom, son nom et sa profession dans la section Professionnel référant.		
- l'établissement ou la clinique privée d'anesthésie générale dans la section Lieu de dispensation.		
Voir l'Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale du Guide de facturation – Rémunération à l'acte .		
Ablation complexe de racine dentaire		
72320	ablation complexe de racine dentaire nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture (une ou plusieurs racines d'une même dent)	147,50
Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire incluant les substances alloplastiques (à l'exception de l'ablation d'attelle et d'implants dentaires)		
75350	dans le tissu osseux	116,05
-----	dans le tissu mou sans anesthésie (rémunération comprise dans le tarif de l'examen)	
75360	dans le tissu mou avec anesthésie	48,75
79301	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. kystes, polypes) par antrostomie	309,35
Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux		
72412	avec appareil de traction	480,00
72411	sans appareil de traction	208,00
<u>AVIS</u> : Incrire le numéro de la dent.		
Incision ou drainage d'un abcès		
75100	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain	48,50
75101	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain	202,00
75200	incision extra-orale d'un abcès	202,00
75220	drainage d'urgence d'un abcès parodontal	48,50
<u>AVIS</u> : Incrire le numéro de la dent.		
Traitement des ostéites		
Alvéolite (une ou plusieurs)		
traitement par séance		
79615	sans anesthésie	28,25
79616	avec anesthésie	53,50
Ostéomyélite		
traitement non-chirurgical (rémunération comprise dans celle de l'examen)		
traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)		
75502	3 cm et moins	189,70
75503	plus de 3 cm à 4 cm	244,20
75504	plus de 4 cm à 6 cm	320,00
75505	plus de 6 cm à 9 cm	451,70

75506 plus de 9 cm 531,05

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Ablation et curetage de kyste ou de granulome intra-osseux nécessitant au préalable l'exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture

5.13 La rémunération pour l'excision d'une tumeur, d'un kyste ou d'un granulome effectuée par l'alvéole d'une dent ou d'un fragment dentaire dont l'ablation a été effectuée dans la même séance est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de fragment dentaire.

74421	1 cm et moins	219,25
74422	plus de 1 cm à 2 cm	321,10
74423	plus de 2 cm à 3 cm	423,20
74424	plus de 3 cm à 4 cm	502,60
74425	plus de 4 cm à 6 cm	618,65
74426	plus de 6 cm à 9 cm	848,60
74427	plus de 9 cm	1 020,50

AVIS : S'applique peu importe le site pour les codes de facturation **74421** à **74427**.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres. Voir la règle d'application 5.5.

74428 Marsupialisation d'un kyste intra-osseux et son suivi 178,50

74429 Évacuation d'un hématome / sérome cervico-facial dans une séance subséquente à l'acte chirurgical (limité à 1 par séance dans le cas du suivi d'une reconstruction) 255,00

Biopsie

5.14 La rémunération pour une biopsie reliée à un acte chirurgical et effectuée dans la même séance que cet acte chirurgical est comprise dans la rémunération de cet acte.

	tissu osseux	
04311	par ponction	30,95
04312	par incision	112,50
	tissu mou	
04301	par ponction	22,15
04302	par incision	34,50
04330	biopsie cervicale par voie externe	276,80

Ablation de tumeur

	tissu mou	
74101	1 cm et moins	161,25
74102	plus de 1 cm à 2 cm	241,70
74103	plus de 2 cm à 3 cm	346,00
74104	plus de 3 cm à 4 cm	444,55
74105	plus de 4 cm à 6 cm	583,05
74106	plus de 6 cm à 9 cm	822,60
74107	plus de 9 cm	964,65

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

	tissu osseux	
74111	1 cm et moins	241,70
74112	plus de 1 cm à 2 cm	346,00
74113	plus de 2 cm à 3 cm	444,55
74114	plus de 3 cm à 4 cm	543,95
74115	plus de 4 cm à 6 cm	686,25
74116	plus de 6 cm à 9 cm	920,85
74117	plus de 9 cm	1 090,30

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Mandibulectomie

	partielle	
75531	3 cm et moins	341,35
75532	plus de 3 cm à 6 cm	385,15
75533	plus de 6 cm à 9 cm	431,40
75534	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
75535	plus de 12 cm à 15 cm	506,15
75536	plus de 15 cm	553,50
75540	totale	777,45

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Maxillectomie

	partielle	
75551	3 cm et moins	341,35
75552	plus de 3 cm à 6 cm	378,05
75553	plus de 6 cm à 9 cm	419,65
75554	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
75555	plus de 12 cm à 15 cm	497,65
75556	plus de 15 cm	543,95
75560	totale	640,00

AVIS : *S'applique peu importe le site.*

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Chirurgie préprothétique

5.15 La rémunération pour les différents services reliés à la chirurgie préprothétique à l'exception de la mise en place et l'ablation d'attelle(s) ne peut excéder la rémunération accordée pour l'abaissement total du plancher de la bouche.

Abaissement total du plancher de la bouche

5.16 L'abaissement total du plancher de la bouche comprend l'extension des replis muqueux, l'ablation du tissu hyperplasique, l'ablation des apophyses géni, de la crête mylohyoïdienne, la réinsertion du muscle mylohyoïdien, la transposition et la décompression neurale, le prélèvement et la mise en place du greffon.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial n'a droit à la rémunération de l'abaissement total du plancher de la bouche en plus d'une séance qu'aux conditions suivantes :

- a) une ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne a été effectuée lors de la première séance;
- b) 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;
- c) un délai d'au moins 45 jours doit intervenir entre la première séance et la séance subséquente;

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

73202	une séance (avec greffe muqueuse)	915,10
73203	une séance (avec greffe épidermique)	915,10
73204	plus d'une séance (avec greffe muqueuse)	1 026,55
73205	plus d'une séance (avec greffe épidermique)	1 026,55

Extension des replis muqueux

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

	avec greffe muqueuse	
73421	3 cm et moins	162,35
73422	plus de 3 cm à 6 cm	253,75
73423	plus de 6 cm à 9 cm	324,65
73424	plus de 9 cm	437,45

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

	avec greffe épidermique	
73401	3 cm et moins	139,90
73402	plus de 3 cm à 6 cm	220,35
73403	plus de 6 cm à 9 cm	299,75
73404	plus de 9 cm	402,95

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

	avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire	
73371	3 cm et moins	352,05
73372	plus de 3 cm à 6 cm	396,95
73373	plus de 6 cm à 9 cm	465,90
73374	plus de 9 cm	566,65

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

	avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire	
73381	3 cm et moins	92,00
73382	plus de 3 cm à 6 cm	139,90
73383	plus de 6 cm à 9 cm	209,70
73384	plus de 9 cm	305,75

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

77505	ablation des apophyses géni	162,35
--------------	-----------------------------	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale)	199,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle d'application 5.15.	
73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	254,85
	<u>AVIS</u> : Voir la règle d'application 5.15.	

Alvéolectomie et tubéroplastie

5.17 La rémunération pour l'alvéolectomie inclut la rémunération pour l'ablation de tissu osseux, l'alvéoloplastie et la correction des muqueuses.

Pour les fins de l'entente, l'alvéolectomie consiste en l'exérèse du procès alvéolaire, pour corriger la hauteur ou la largeur de la crête et obtenir ainsi une conformation normale.

L'alvéolectomie est rémunérée lorsqu'elle est effectuée dans une séance différente ou dans un site différent d'une ablation de dent.

Elle peut toutefois être rémunérée lorsqu'elle est effectuée dans la même séance et au même site qu'une ablation de dent lorsqu'il y a une malformation osseuse nécessitant l'alvéolectomie; en ce cas, le chirurgien buccal et maxillo-facial doit conserver au dossier les documents adéquats pour en faire la démonstration.

Dans tous les cas d'alvéolectomie, le compte rendu opératoire doit accompagner la demande de paiement.

AVIS : Malgré l'information qui précède, ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

Une demande de rémunération pour une tubéroplastie ne peut s'appliquer en même temps qu'une demande de rémunération pour une alvéolectomie effectuée dans la même région.

Alvéolectomie

73021	1 cm et moins	39,40
73022	plus de 1 cm à 3 cm	68,70
73023	plus de 3 cm à 6 cm	111,40
73024	plus de 6 cm à 9 cm	173,00
73025	plus de 9 cm à 12 cm	233,50
73026	plus de 12 cm	299,75

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres. Voir la règle d'application 5.5.

Voir la règle d'application 5.15

Tubéroplastie (Unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)

73150	réduction muqueuse	71,45
73158	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu)	162,35
73159	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu)	202,55
73160	extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse)	264,45

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

Alvéoloplastie

5.18 La rémunération pour l'alvéoloplastie inclut la rémunération pour l'aplanissement de la crête alvéolaire (telles que pointes osseuses et irrégularités post-chirurgicales) et la correction des muqueuses.
Pour les fins de l'entente, l'alvéoloplastie consiste en l'aplanissement de la crête alvéolaire et la correction des muqueuses.

73001	1 cm et moins	45,75
73002	plus de 1 cm à 3 cm	91,50
73003	plus de 3 cm à 6 cm	152,00
73004	plus de 6 cm à 9 cm	198,00
73005	plus de 9 cm à 12 cm	244,50
73006	plus de 12 cm	305,00

AVIS : *S'applique peu importe le site.*

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Voir la règle d'application 5.15.

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

73171	1 cm et moins	67,35
73172	plus de 1 cm à 3 cm	100,20
73173	plus de 3 cm à 6 cm	142,35
73174	plus de 6 cm à 9 cm	200,40
73178	plus de 9 cm à 12 cm	265,55
73176	plus de 12 cm à 15 cm	333,15
73177	plus de 15 cm	385,15

AVIS : *S'applique peu importe le site.*

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Voir la règle d'application 5.15.

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

73181	1 cm et moins	15,90
73182	plus de 1 cm à 3 cm	26,55
73183	plus de 3 cm à 6 cm	40,80
73184	plus de 6 cm à 9 cm	55,30
73187	plus de 9 cm à 12 cm	78,30
73186	plus de 12 cm	100,20

AVIS : *S'applique peu importe le site.*

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Voir la règle d'application 5.15.

Ablation de torus

73133	maxillaire bilatéral	156,60
73134	mandibulaire unilatéral	132,75

AVIS : *Voir la règle d'application 5.15.*

Traitement des glandes salivaires

79101	dilatation de canal (par séance) Sialolithotomie par voie buccale	59,95
--------------	---	-------

79104	tiers antérieur du canal	96,65
79105	deux tiers postérieurs du canal	299,75
79110	sialolithotomie par voie externe	318,90
Ablation de glandes salivaires		
79106	sous-maxillaire	396,95
79107	sub-linguale	299,75
79111	parotidectomie totale ou partielle sans dissection du nerf facial	618,65
79112	parotidectomie totale ou partielle avec dissection du nerf facial	920,85
79109	exérèse de grenouillette	208,60
79108	exérèse de mucocele	82,10
79113	reconstruction du canal salivaire	396,95

Fermeture de communication bucco-sinusale

5.19 La rémunération pour la fermeture de communication bucco-sinusale dans la même séance que l'antrostomie est comprise dans la rémunération de l'antrostomie.

79306	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accollement ou glissement des muqueuses)	100,20
	AVIS : <i>N'est pas soumis à la règle d'application 5.4.</i>	
79312	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule	451,70
Frénectomie		
-----	moins d'un an (rémunération incluse dans celle de l'examen)	
77815	un an ou plus	168,00

Gingivectomie

5.20 La gingivectomie est rémunérée seulement dans le cas de gingivite hyperplasique résultant de l'absorption d'une substance médicamenteuse.

AVIS : *Indiquer le type de médicament consommé* **Médicament en lien avec la gingivite hyperplasique**
Inscrire le médicament responsable de la pathologie.

Gingivectomie

42010	3 dents ou moins	165,00
42011	4 dents à 6 dents	255,00
42012	7 dents à 9 dents	420,00
42013	10 dents à 12 dents	511,00
42014	13 dents à 15 dents	766,00
42015	16 dents et plus	766,00

Operculectomie

72410	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	49,50
	AVIS : <i>Inscrire le numéro de la dent.</i>	

Contrôle d'hémorragie

5.21 La rémunération du contrôle d'hémorragie per-opératoire est comprise dans la rémunération de l'acte chirurgical.

79405	par substance hémostatique et compression, par séance	74,00
79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire) par séance	74,00

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

76950	1 cm et moins	32,85
76951	plus de 1 cm à 3 cm	54,20
76952	plus de 3 cm à 6 cm	93,90
76953	plus de 6 cm à 9 cm	138,50
76954	plus de 9 cm à 12 cm	186,40
76955	plus de 12 cm à 15 cm	231,60
76956	plus de 15 cm à 18 cm	277,05
76957	plus de 18 cm à 21 cm	323,55
76958	plus de 21 cm	340,00

AVIS : *S'applique peu importe le site.*

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

réparation d'une lacération de part en part

76960	1 cm et moins	91,45
76961	plus de 1 cm à 3 cm	106,50
76962	plus de 3 cm à 6 cm	166,15
76963	plus de 6 cm à 9 cm	222,85
76964	plus de 9 cm à 12 cm	281,95
76965	plus de 12 cm à 15 cm	340,00
76966	plus de 15 cm à 18 cm	409,25
76967	plus de 18 cm à 21 cm	469,75
76968	plus de 21 cm	552,70

AVIS : *S'applique peu importe le site.*

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

Intervention sur le trijumeau

79208	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur	465,90
79203	Avulsion d'une branche du trijumeau	164,80
79204	Transposition et décompression neurale	277,30
79211	Alcoolisation d'une branche du trijumeau	106,50
79212	Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance)	53,40
79257	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon)	975,00
79259	Suture nerveuse (neurorrhaphie)	187,00
79402	Trachéotomie	218,15
79403	Intubation percutanée sous-mandibulaire	199,00

Fente palatine

77731	Fermeture du voile	306,00
77732	Fermeture du palais osseux en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans lambeau vomérien	459,00
77733	Rallongement complémentaire du palais par myoplastie intra-vélaire	331,50
77734	Lambeau pharyngé pour une cure d'incompétence vélo-pharyngée (pharyngoplastie)	306,00
77735	Cure fistule résiduelle palatine	306,00
77736	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une déféctuosité du palais antérieur	510,00
	Rhinoplastie primaire en présence d'une fente labiale	
77738	unilatérale	382,50
77739	bilatérale	510,00
	Rhinoplastie secondaire par voie ouverte ou endonasale	
77741	post-traumatologie	553,55
77742	post-fente labiale	553,55
	Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)	
74224	Partielle	328,15
74226	Totale	1 072,00
77860	Glossectomie	108,95

Grefe osseuse

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

La troisième (3^e) molaire (18-28-38-48) est non comptabilisée dans le décompte des centimètres de greffe.

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

- cas de traumatisme;
- cas d'atrophie généralisée ou localisée des maxillaires;
- cas de reconstruction de difformité congénitale;
- cas d'arthroplastie avec reconstruction condylienne accompagnée d'une partie de la branche montante;
- cas de tumeurs ou de kystes de plus de 4 cm;
- corticotomie.

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

La greffe au poinçon ou au tréphine ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires.

AVIS : Pour les codes de facturation **74445, 74452, 74454, 74456 à 74459**, indiquer la raison et le site receveur de la greffe osseuse.

Ces informations sont obligatoires.

Le maximum de deux par maxillaire est applicable pour l'ensemble des greffes osseuses hétérogènes ou alloplastiques et autogènes. Dans les cas de greffes osseuses mixtes (autogéniques et allogéniques) au même site, seule la greffe la mieux rémunérée est payable.

74445	greffe osseuse hétérogène ou alloplastique, excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	153,00
	greffe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74452	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74454	plus de 4 cm	920,20
	greffe autogène de reconstruction oro-faciale pour correction d'anomalies congénitales, oncologiques ou post-traumatiques (max de 2 par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
74456	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74457	plus de 4 cm	920,20
	greffe autogène de reconstruction pour perte osseuse alvéolaire ou de pneumatisation sinusale au maxillaire supérieur ou à la mandibule (non simultanée à une ou plusieurs extractions dentaires) (max de 2 greffes par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
74458	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74459	plus de 4 cm	920,20
	prise du greffon (un ou plusieurs) (Les tarifs de la prise du greffon ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4).	
74308	Greffon prélevé au niveau intra-oral	82,60
	<u>AVIS</u> : Pour le code de facturation 74308 , indiquer le site de la prise du greffon intra-oral. <i>Le site est obligatoire.</i>	
	Greffon prélevé au niveau extra-oral :	
74309	Crête iliaque postérieure	433,50
74310	Prélèvement costo-chondral	433,50
74311	Crête iliaque antérieure	331,50
74312	Prélèvement tibial	165,25
74313	Prélèvement pariétal	165,25
74314	Greffon de tissus adipeux	102,00

Réduction de fracture

5.23 La rémunération pour une réduction ouverte inclut la rémunération pour l'ostéo-synthèse.

Arcade zygomatique et/ou os malaire

76701	élévation simple trans-cutanée	344,90
77700	réduction fermée	344,90
76703	élévation par approche de Gillies	344,90
77701	réduction ouverte avec fixation interne 1 site	574,85
77702	réduction ouverte avec fixation interne 2 sites	673,40
77703	réduction ouverte avec fixation interne 3 sites	821,25

La rémunération pour une réduction de fracture de l'arcade zygomatique et de l'os malaire par voie sinusale comprend la rémunération de l'antrostomie nasale.

Nez

sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)

76503	réduction simple	109,50
76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses	250,50

Maxillaire

Le Fort I (demi ou complet)

76310	réduction fermée	196,55
76312	réduction ouverte	357,50

Le Fort II (demi ou complet)

76410	réduction fermée (unique ou multiple)	295,90
	réduction ouverte	
76420	unilatérale	503,70
76430	bilatérale	735,25
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprend l'intervention sur les tissus palpébraux)	
76511	unilatérale	503,70
76512	bilatérale	735,25
76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture	148,65
76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	295,90
76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert	503,70
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
76413	unilatérale	503,70
76414	bilatérale	735,25
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
76421	unilatérale	683,80
76431	bilatérale	916,75
	Le Fort III	
76810	réduction fermée	517,65
	réduction ouverte (rémunération incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance).	
79050	Lambeau bicoronal	314,80
76551	Réduction de l'os frontal	535,15
76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse)	251,85
	Mandibulaire	
76210	réduction fermée (unique ou multiple)	382,70
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
76221	approche intra-orale	686,25
76222	approche extra-orale	686,25
76223	approches intra et extra-orales	1 037,50
	deux sites :	
76231	approche intra-orale	914,30
76232	approche extra-orale	914,30
76233	approches intra et extra-orales	1 373,90
	trois sites et plus :	
76241	approche intra-orale	1 071,70
76242	approche extra-orale	1 071,70
76243	approches intra et extra-orales	1 605,50
76260	Condyle (réduction ouverte)	790,50
76245	Réduction ouverte de la fracture mandibulaire en anse de seau (bilatérale chez un édenté complet)	1 055,70

- 76250** Forfait par site pour la réduction de la fracture mandibulaire avec perte de continuité ou dans un site édenté avec atrophie sévère (moins de 1 cm de hauteur verticale de la mandibule au site de la fracture) 306,00
- Ce forfait est payable en sus des codes de réduction de fracture mandibulaire.

Orbite

5.25 La rémunération pour la réduction du plancher de l'orbite par voie sinusale dans la même séance qu'une réduction de l'os malaire ou de l'arcade zygomatique par voie sinusale est comprise dans la rémunération de la réduction de l'os malaire ou de l'arcade zygomatique par voie sinusale. La rémunération comprend la substance alloplastique.

	Plancher	
76520	par voie sinusale	503,70
76510	par voie externe	379,15
76530	avec plastie	562,80
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
76521	latérale	503,70
76522	médiane	503,70
76523	supérieure	562,80

Os alvéolaire

5.26 La rémunération pour la réduction ouverte ou fermée d'une fracture alvéolaire comprend la rémunération pour le remplacement des dents et leur immobilisation.

Exérèse chirurgicale d'un séquestre alvéolaire fracturé (incluant l'ablation des dents attachées au(x) séquestre(s), s'il y a lieu).

76911	3 cm et moins	43,00
76912	plus de 3 cm à 6 cm	57,75
76913	plus de 6 cm	69,00

AVIS : S'applique peu importe le site.

Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres.

Voir la règle d'application 5.5.

76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	110,30
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	221,75
76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	277,00

AVIS : Inscire le numéro de la dent.

76940	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	389,00
--------------	---	--------

AVIS : Inscire le numéro de la dent.

Plaque de reconstruction mandibulaire et attelle osseuse

5.27 Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place de plaque de reconstruction ou d'attelle pour une réduction de fracture et immobilisation de dents ébranlées par traumatisme, la rémunération pour l'immobilisation des dents ébranlées par traumatisme est comprise dans celle de la réduction de fracture.

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

AVIS : *Lorsque plusieurs plaques sont mises en place au cours d'une même séance, indiquer les éléments de contexte :*

- **Mise en place de la première plaque de reconstruction** *pour la première plaque seulement;*
- **Chirurgie secondaire pratiquée au cours d'une même séance qu'une chirurgie principale** *pour les plaques subséquentes.*

L'ablation de plaque de reconstruction et d'attelle osseuse faite au cours d'une même séance chirurgicale que la mise en place est incluse dans le tarif de la chirurgie.

La mise en place d'attelle osseuse est incluse dans le tarif de la chirurgie, à moins d'une mention différente aux règles d'application.

	mise en place d'une plaque de reconstruction	
76154	3 à 6 cm	344,65
76156	plus de 6 cm	574,45
79989	Ablation d'attelle osseuse : broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) dans une séance autre que la mise en place	127,50

Fixation inter-maxillaire et attelle pré-prothétique

La mise en place et l'ablation d'une fixation inter-maxillaire incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques, ne donnent droit qu'à la facturation du 1^{er} code de fixation inter-maxillaire au cours d'une même séance (maximum 1 payable par séance).

AVIS : Les codes de facturation **79990, 79991 et 79992** ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4.

79990	Fixation inter-maxillaire par toute technique d'appareillage (incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques)	204,00
79991	Mise en place d'une attelle pré-prothétique (pour abaissement total du plancher buccal, vestibuloplastie ou ostéotomie pré-prothétique palatine)	204,00
79992	Ablation de la fixation inter-maxillaire ou de l'attelle pré-prothétique (incluant vis, suspensions, arches et fils métalliques) dans une séance autre que la mise en place (par site, maximum de 3 sites au maxillaire et 2 sites à la mandibule)	153,00

AVIS : Indiquer le site d'ablation de fixation inter-maxillaire.

Les tarifs de la fixation inter-maxillaire et de l'attelle pré-prothétique ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4.

Lorsque la mise en place d'une fixation inter-maxillaire est réalisée dans un centre hospitalier entendu au sens de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, l'ablation de celle-ci est réputée être réalisée au même endroit.

AVIS : Pour la mise en place d'une fixation inter-maxillaire réalisée dans un centre hospitalier :
- inscrire le code de l'établissement où la mise en place de la fixation a été effectuée dans la section **Lieu de dispensation;**
- utiliser l'élément de contexte **Service non rendu en centre hospitalier mais réputé l'être.**

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

	Luxation	
78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	41,05
78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	59,95
78200	Ménisectomie totale	362,70
78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus)	474,10
78300	Condylectomie radicale (résection au col)	711,20
78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle	925,00
77160	Ablation de l'apophyse coronoïde	365,15
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
78600	médication intra-articulaire incluant la substance	71,15
78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire)	177,65

	Arthroscopie	
78401	arthroscopie diagnostique (lyse et lavage)	525,00
78410	arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée)	795,00
78520	Injection de toxine botulinique à des fins fonctionnelles (ATM) (maximum d'une (1) injection par muscle et de six (6) muscles par séance)	66,30
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le nombre d'injections.</i>		
78521	Mise en place d'une prothèse de la fosse glénoïde (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante, et du col condylien, la condylectomie, la coronoidectomie)	1 861,50
78522	Mise en place d'une prothèse condylienne (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante et du col condylien, la condylectomie, la coronoidectomie)	1 861,50
78523	Cure d'ankylose (< 5 mm d'ouverture) de l'articulation temporo-mandibulaire (avec ou sans remplacement articulaire)	1 249,50

Ostéotomie

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

Mandibulaire

77121	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise du greffon	846,75
77451	segmentaire (unilatérale)	751,45
77422	segmentaire antérieur	751,45
77440	segmentaire préprothétique	494,10

Maxillaire

77310	Le Fort I (avec ou sans ostectomie), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise du greffon (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	1 224,75
77411	segmentaire (unilatérale)	751,45
77412	segmentaire antérieur	751,45
77400	segmentaire préprothétique	784,55
77720	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur)	151,65
77320	Le Fort II	1 750,00
77325	Le Fort III	2 500,00
77315	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale)	399,40
77305	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort)	1 129,45

Ostéotomie inter-dentaire :

Pour les fins de l'entente, l'ostéotomie inter-dentaire consiste dans une section totale de la structure osseuse pour obtenir une mobilité complète d'une dent :

77610	au maxillaire	227,50
77611	à la mandibule	227,50

Corticotomie

Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent.

77601	Corticotomie avec assistance orthodontique (maximum de 12 par maxillaire et ne peut être combinée à une ostéotomie au cours de la même séance)	102,50
--------------	--	--------

Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)

77452	repositionnement bilatéral	554,60
77453	diminution	416,10

PROTHÈSE ACRYLIQUE

AVIS : Les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont la seule clientèle admissible à recevoir des services assurés pour les prothèses acryliques. Ils doivent être admissibles depuis au moins 24 mois consécutif. Toutefois, en vertu du règlement de la sécurité du revenu et de l'article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, les prestataires n'ont droit qu'à une prothèse complète ou partielle par maxillaire, par période de 8 ans.

De plus, le remplacement d'une prothèse complète ou partielle est permis en tout temps en cas de **perte ou de bris irréparable**, la rémunération permise est alors égale à la **moitié du tarif prévu**. Le remplacement est payable au **tarif prévu** lorsqu'il est dû à une **chirurgie buccale**.

6.1 La prothèse est rémunérée lorsqu'elle est mise en bouche.

AVIS : Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche, vous devez utiliser les codes de facturation de la règle d'application 6.4.

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

6.3 La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au chirurgien buccal et maxillo-facial, d'une autorisation à cet effet émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

6.3 La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au chirurgien buccal et maxillo-facial, d'une autorisation à cet effet émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

A- CONFECTION

AVIS : Inscrire :

- la date d'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

- la date de mise en bouche doit être inscrite comme date de service. Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.

S'il s'agit d'un remplacement en cas de bris ou perte irréparable, utiliser l'un des éléments de contexte suivants selon la situation :

- Remplacement d'une prothèse pour perte ou bris;

- Remplacement des deux prothèses pour perte ou bris.

Les codes de facturation de la section A - Confection servent autant à la facturation d'une prothèse initiale qu'au remplacement d'une prothèse dans un délai de 8 ans et plus, dans un délai inférieur à 8 ans pour bris ou perte irréparable ou d'une prothèse dont le coût n'a pas été assumé par le Ministère.

Complète		
51100	supérieure	717,00
51110	inférieure	924,00
51120	supérieure et inférieure	1 275,00
Partielle		
52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	797,00

B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

AVIS : Un remplacement qui est dû à une chirurgie buccale, doit être fait sur ordonnance écrite d'un chirurgien dentiste ou d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale Inscrire :

- la date d'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

- la date de mise en bouche doit être inscrite comme date de service.

Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.

Complète		
51101	supérieure	717,00
51111	inférieure	924,00
51121	supérieure et inférieure	1 275,00
Partielle		
52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	797,00

C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION

56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	223,00
56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	223,00

AVIS : *Inscrire la date d'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.*

Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, le regarnissage est payable aux cinq ans, selon l'article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	99,50
55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	99,50
55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	133,50
55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	133,50

AVIS : *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée.*

D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

55520	Maxillaire supérieur	133,50
55530	Maxillaire inférieur	133,50

AVIS : *L'ajout de structure se définit comme l'ajout d'une ou de plusieurs dents, d'un ou de plusieurs crochets ou d'un ou de plusieurs appuis. L'autorisation du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

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

AVIS : *Les renseignements ou documents n'ont pas à être fournis d'emblée, mais doivent être conservés au dossier à des fins de référence ultérieure.*

Inscrire :

- *la date d'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale;*
 - *la date du dernier rendez-vous auquel la personne assurée s'est présentée comme date de service.*
- Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.*

Complète

51102	supérieure	C.S.
51112	inférieure	C.S.
51122	supérieure et inférieure	C.S.

Partielle

52242	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52252	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52262	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.

7.1 ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION

Évidement cervical		
71600	fonctionnel conservant les muscles, vaisseaux et nerfs	765,00
71601	total	612,00
71602	bilatéral, toutes techniques	1 020,00
71605	Réparation de la lèvre avec lambeau Abbé ou cross lip	573,75
Correction de cicatrices post traumatiques ou chirurgicales, une (1) ou plus, extra-orales/cutanées		
71610	moins de 4 cm	76,50
71611	de 4 cm à 10 cm	229,50
71612	de 11 cm à 20 cm	306,00
71613	de 21 cm et plus	408,00
<u>AVIS</u> : S'applique peu importe le site.		
<i>Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres. Voir la règle d'application 5.5.</i>		
Dermabrasion post traumatique/fentes labiales		
71620	inférieur à 25 cm ²	82,95
71621	entre 25 cm ² et 50 cm ²	110,55
71622	supérieur à 50 cm ²	165,85
<u>AVIS</u> : S'applique peu importe le site.		
<i>Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres carrés. Voir la règle d'application 5.5.</i>		
71630	Grefe par transfert d'un lambeau pédiculé myocutané local	867,00
71631	Grefe par transfert d'un lambeau pédiculé régional (lambeau pectoral ou grand dorsal)	943,50
Grefe cutanée libre, région tête et cou (autre que l'abaissement total du plancher buccal)		
71640	inférieur à 25 cm ²	306,00
71641	entre 25 cm ² et 50 cm ²	408,00
71642	supérieur à 50 cm ²	510,00
<u>AVIS</u> : S'applique peu importe le site.		
<i>Utiliser le code de facturation correspondant à la totalité des centimètres carrés. Voir la règle d'application 5.5.</i>		
71650	Grefe par lambeau libre micro-anastomosé, incluant la prise du greffon	1 938,00
71655	Injection intra-lésionnelle d'agent pharmacologique à des fins non cosmétiques (max. de 4 injections par séance)	39,15
<u>AVIS</u> : Inscire le nombre d'injections		
Supplément aux forfaits de chirurgies complexes sous microscope		
71660	Supplément pour microanastomose vasculaire	714,00
71671	Ré-exploration sous microscope d'une anastomose vasculaire d'un lambeau libre micro-anastomosé effectuée en-deçà de 14 jours de la procédure initiale	726,55
71661	Supplément pour microanastomose nerveuse	612,00

71670 Insertion de prothèse cranio-maxillo-faciale alloplastique implantée pour correction de défauts congénitaux, de développement ou post-traumatiques (non-articulaire) (maximum de 2 unités au tiers supérieur, de 2 unités au tiers moyen et de 2 unités à la mandibule) 382,50

Le tarif de la prothèse cranio-maxillo-faciale n'est pas assujetti à la règle d'application 5.4.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Site différent** si nécessaire.

Distracteur cranio-maxillo-facial

Appareil unilatéral

71680 mise en place 127,50

71681 retrait 280,50

Appareil bilatéral

71690 mise en place 178,50

71691 retrait 357,00

Les tarifs du distracteur cranio-maxillo-facial ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4.

Les tarifs du distracteur cranio-maxillo-facial ne sont pas applicables aux appareils d'expansion palatine

à ancrage dentaire mais incluent les distracteurs palatins à ancrage osseux.