



## MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 41  
septembre 2009

*Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.*

---

### SOMMAIRE

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

#### TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif

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

#### PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

**Page :** [5](#)

#### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif concernant la lettre C

**Page :** [24](#)

- Liste des établissements - deuxième examen annuel pour des fins oncologiques

**Page :** [31](#)

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

- Modification du message explicatif 802

**Page :** [20](#)

#### MESURES INCITATIVES

- Retrait des localités Dubuisson, Sullivan, Vassan et Val-Senneville

**Pages :** [12](#) et [15](#)

## RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications d'ordre administratif

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

- Deuxième examen annuel pour des fins oncologiques

**Page :** [5](#)

- Les services dentaires assurée - Tableau

**Page :** [35](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 073/2009-09-03.

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # Corrections d'ordre administratif
  - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-250-48311-3

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Service des relations avec la clientèle

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 

	<i>Page</i>
9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE .....	1
9.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
9.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
9.3 FACTURATION INFORMATISÉE .....	1
9.3.1 Retour d'erreurs à l'agence .....	1
9.4 ÉTAT DE COMPTE .....	2
9.4.1 Description .....	3
9.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i> ) .....	3
9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	5
9.4.2 Vérification des paiements .....	5
9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	5
9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	5
9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	5
9.5.3 Paiement refusé en partie .....	6
9.5.4 Paiement refusé en totalité .....	6
9.5.5 Annulation d'une demande de paiement .....	7
9.6 CODES DE TRANSACTIONS .....	8
9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2008 - 2009) .....	9
MESSAGES EXPLICATIFS - TARIF HORAIRE .....	11
9.8 MESSAGES EXPLICATIFS .....	11
10. MESURES INCITATIVES .....	1
10.0 AVANT-PROPOS .....	1
10.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT ( <i>formulaire n° 3336</i> ) .....	2
10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT .....	4
10.3 EXPÉDITION .....	11
10.4 LISTE DES LOCALITÉS .....	12
11. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES .....	1
11.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
11.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
11.3 ÉTAT DE COMPTE .....	2
11.3.1 Description .....	3
11.3.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9</i> ) .....	3
11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	5
11.3.2 Vérification des paiements .....	5

**TABLE DES MATIÈRES****Dentistes**

	<i>Page</i>
11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	<b>6</b>
11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>6</b>
11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement .....	<b>6</b>
11.4.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
11.4.4 Paiement refusé en totalité.....	<b>6</b>
11.4.5 Modification d'une demande déjà payée .....	<b>6</b>
11.4.6 Annulation d'une demande de remboursement .....	<b>7</b>
11.5 CODES DE TRANSACTIONS .....	<b>8</b>
MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES .....	<b>9</b>
11.6 MESSAGES EXPLICATIFS.....	<b>9</b>
12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF .....	<b>1</b>
RÈGLES GÉNÉRALES .....	<b>1</b>
DIAGNOSTIC .....	<b>4</b>
# PRÉVENTION.....	<b>7</b>
# RESTAURATION.....	<b>8</b>
# ENDODONTIE .....	<b>13</b>
# TRAITEMENT D'URGENCE.....	<b>13</b>
# CHIRURGIE .....	<b>15</b>
# PROTHÈSE ACRYLIQUE .....	<b>32</b>
# TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS .....	<b>35</b>
13. INDEX ALPHABÉTIQUE DES DIAGNOSTICS .....	<b>1</b>
INDEX ALPHABÉTIQUE .....	<b>3</b>
14. MANUELS ET FORMULAIRES .....	<b>1</b>
14.1 MANUELS .....	<b>1</b>
14.2 FORMULAIRES .....	<b>1</b>
14.3 LISTE DES FORMULAIRES.....	<b>2</b>

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

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

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

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

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

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

**2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS**

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

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

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

Le volet de droite identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de services dentaires. Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**.

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

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

## RÈGLE D'APPLICATION 6.27

Mise en place ou ablation de plusieurs attelles dans une même séance; la prestation correspond à 50 % du tarif fixé pour les attelles les moins rémunérées. . . . . **045**

**AUTRES SITUATIONS**

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

Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte et qu'aucun modificateur multiple ne s'applique . . . . . **099**  
(Inscrire les modificateurs visés dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*)

**MODIFICATEURS MULTIPLES**

## INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 045 - 093)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 631) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,5000)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

<b>Combinaison de modificateurs</b>	<b>Modificateur multiple</b>	<b>Constante (Facteur de multiplication)</b>
<b>008 - 050 - 093</b>	<b>449</b>	0,5000
<b>008 - 050</b>	<b>450</b>	0,5000
<b>008 - 093</b>	<b>451</b>	1,0000
<b>045 - 093</b>	<b>631</b>	0,5000
<b>050 - 093</b>	<b>086</b>	0,5000

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

- A :** - Renseignements complémentaires ou document afférent, sans incidence monétaire.  
- Remplacement d'une prothèse suite à une chirurgie buccale.  
*Réf. : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7.*
- Remarque :** Préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse suite à une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.
- # - Personne assurée (prestataire d'une aide financière de dernier recours) ne se présente pas pour la **mise en bouche** d'une prothèse dentaire acrylique.
- Remarque :** Préciser la situation dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.  
Utilisez les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- B :** - Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** - Enfant âgé de moins d'un an et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie.
- # - Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et admise dans un centre d'hébergement et de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins prolongés.
- Remarque :** Si le service est rendu au bureau du dentiste, inscrire le numéro de l'établissement où la personne assurée est admise dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.
- # - Prestataire d'une aide financière de dernier recours ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation et admis dans un centre d'hébergement et de longue durée pour y recevoir des soins prolongés.
- D :** - Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.  
- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la date de fin de la période de validité.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents pour qui les services suivants et leur examen préalable ne sont pas assujettis au délai de carence :
  - ablation de dent ou de racine;
  - ouverture de la chambre pulpaire;
  - incision ou drainage d'un abcès;
  - alvéolite;
  - contrôle d'hémorragie;
  - réparation d'une lacération de tissu mou;
  - réduction d'une fracture alvéolaire;
  - immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
  - réimplantation d'une dent complètement exfoliée.
- E :** - Dentiste habituellement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, devant être rémunéré à l'acte.
- J :** - Personne soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la RAMQ à la demande du MSSS.
- N :** - pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au taux déjà fixé pour cet acte;
  - pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré;
  - pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

**Remarque :** Voir la Règle d'application 1.2.
- Q :** - Indicateur précisant que le **même service** est rendu plus d'une fois le même jour à une personne assurée et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case **C.S. sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes, s'il y a lieu (voir instructions de facturation, section 3.2.4.7).
- R :** - Remplacement d'une prothèse complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans, dans les cas de perte ou de bris irréparable; l'aide permise est alors égale à la moitié du tarif prévu.

**Remarque :** Voir 3.2.4.4 ou 3.2.4.5 du présent onglet.

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

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

# *ANNEXE IV :*  
*FORMULAIRE* DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES

# ANNEXE VIII :  
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN ANNUEL  
DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES

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



- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Modificateur utilisé incompatible avec rôle demandé pour ce code d'acte.
- 579** Le code d'acte doit être soumis avec les modificateurs appropriés (010 ou 048) lorsqu'une nouvelle intervention a lieu au cours d'une même hospitalisation, pour la même personne assurée et pour le même professionnel (Règle d'application 6.6).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** En raison de son libellé, la réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée.
- 617** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 618** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable, et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 619** Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de services vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse acrylique suite à une chirurgie buccale.
- 650** Demande de paiement soumise à une évaluation professionnelle par un dentiste, une appréciation particulière d'ordre juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de prothèse. Veuillez resoumettre une nouvelle demande de paiement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

- 677** Lors du remplacement d'une prothèse acrylique complète ou partielle en dedans de la période de huit ans pour les cas de perte ou de bris irréparable, l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 682** Consécutivement à une expertise professionnelle et selon les renseignements fournis.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 684** Seuls les huit premiers codes d'acte de la demande de paiement ont été évalués.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 695** Le code d'acte, le rôle ou les honoraires sont modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- # **802** Le code d'établissement est absent, inexistant ou fermé à la date de l'acte.
- 804** Le code d'établissement diffère de celui requis pour l'acte.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 810** Selon sa nomenclature, cet acte ne peut être payé lorsqu'effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé « OXXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 838** Le numéro de la clinique d'anesthésie générale est manquant, illisible ou inexistant à la date du service. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 840** Selon la règle d'application 1.4, cet acte est non payable puisque la clinique ne fait pas partie de celles identifiées à l'annexe VII du point 3.5 sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».

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

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

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

**10.3 EXPÉDITION**

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

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

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

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

## 10.4 LISTE DES LOCALITÉS

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

Localités	Codes	Localités	Codes
Aguanish	69704	Cloutier	68325
Akulivik	69870	Collines-du-Basque	
Amos	68430	(Côte-de-Gaspé)	60398
Amqui	60514	Colombier	69728
Angliers	68324	Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent	69751
Arntfield	68340	Coulée-des-Adolphe	
Auclair	60906	(Denis-Riverin)	60699
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	D'Alembert	68440
Authier	68448	Degelis	60901
Authier-Nord	68473	Destor	68443
Baie-Comeau	69733	Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303
Baie-d'Hudson	69897	Duparquet	68442
Baie-des-Chaloupes		Dupuy	68464
(Antoine-Labelle)	66192	Eastmain	69838
Baie-des-Sables	60628	Escuminac	60439
Baie-James (sauf Joutel)	69802	Esprit-Saint	60715
Baie-Johan-Beetz	69703	Evain	68337
Baie-Trinité	69721	Ferme-Neuve	67646
Barraute	68418	Fermont	69761
Bearn	68306	Forestville	69730
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces		Fort Rupert (Waskagheganish)	69834
Val-Barrette	67634	Franquelin (Manicouagan)	69727
Belcourt	68411	Fugèreville	68311
Bellecombe	68333	Gallichan	68444
Belleterre	68308	Gaspé	60230
Berry	68477	Godbout	69722
Betsiamites (Réserve indienne)	69788	Grand-Lac-Victoria	
Biencourt	60702	(Vallée-de-l'Or)	68479
Blanc-Sablon	69753	Grand-Métis	60634
Bonaventure	60419	Grande-Rivière	60213
Bonne-Espérance	69755	Grande-Vallée	60251
Cabano	60920	Grosses-Roches	60614
Cacouna (Réserve indienne)	60881	Guérin	68328
Cadillac	68407	Havre-St-Pierre	69706
Caniapiscau	69893	Hope	60409
Cap-Chat	60317	Hope Town	60411
Caplan	60422	Hunters Point	68386
Carleton-Sur-Mer	60435	Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850
Cascades-Malignes (Vallée-de-		Ivujivik	69877
la-Gatineau)	67892	Kamouraska	61031
Cascapédia	60428	Kangihsualujuaq (Baie-d'Ungava)	69855
Causapscal	60506	Kangihsujuaq (Baie-d'Ungava)	69872
Champneuf	68412	Kangirsuk (Baie-d'Ungava)	69806
Chandler	60209	Kawawachikamach	69843
Chapais	69806	Kebaowek (Réserve indienne)	68383
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	Kiamika	67624
Chibougamau	69804	Kipawa	68310
Chisasibi	69842	Kuujuaq (Baie-d'Ungava)	69860
Chute-aux-Outardes	69726	Kuujuarapik (Baie-d'Hudson)	69846
Chute-Saint-Philippe	67642	L'Ascension (Antoine-Labelle)	67628
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	L'Ascension-de-Patapédia	
Clerval	68458	(Avignon)	60453
Cloridorme	60248	L'Île-d'Anticosti	69701

## Dentistes

## 10. MESURES INCITATIVES

Saint-Germain (Kamouraska) . . . . .	61028	Sainte-Flavie (La Mistis) . . . . .	60731
Saint-Godefroi (Bonaventure) . . . . .	60408	Sainte-Florence (La Matapédia) . . . . .	60502
Saint-Guy (Les Basques) . . . . .	60716	Sainte-Françoise (Les Basques) . . . . .	60811
Saint-Honoré (Témiscouata) . . . . .	60929	Sainte-Germaine-Boulé . . . . .	68441
Saint-Hubert (Rivière-du-Loup) . . . . .	60804	Sainte-Gertrude-Manneville . . . . .	68425
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane) . . . . .	60604	Sainte-Hélène (Kamouraska) . . . . .	61014
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques) . . . . .	60806	Sainte-Hélène-de-Mancebourg . . . . .	68456
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata) . . . . .	60903	Sainte-Irène (La Matapédia) . . . . .	60526
Saint-Joseph-de-Clericy . . . . .	68435	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia) . . . . .	60538
Saint-Joseph-de-Kamouraska . . . . .	61012	Sainte-Luce-Luceville . . . . .	60734
Saint-Joseph-de-Lepage . . . . .	60718	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine . . . . .	60302
Saint-Juste-du-Lac . . . . .	60908	Sainte-Marguerite (Matapédia) . . . . .	60501
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) . . . . .	68469	Sainte-Odile-sur-Rimouski . . . . .	60742
Saint-Léandre (Matane) . . . . .	60609	Sainte-Paule (Matane) . . . . .	60610
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia) . . . . .	60518	Sainte-Rita (Les Basques) . . . . .	60801
Saint-Louis-du-Ha-Ha . . . . .	60922	Sainte-Thérèse-de-Gaspé . . . . .	60216
Saint-Marc-de-Figuery . . . . .	68422	Salluit . . . . .	69875
Saint-Marc-du-Lac-Long . . . . .	60904	Sayabec . . . . .	60530
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette) . . . . .	60711	Schefferville . . . . .	69801
Saint-Mathieu (Abitibi) . . . . .	68428	Senneterre . . . . .	68409
Saint-Mathieu-de-Rioux . . . . .	60752	Sept-Îles . . . . .	69711
Saint-Maxime-du-Mont-Louis . . . . .	60304	Shigawake . . . . .	60406
Saint-Médard (Les Basques) . . . . .	60729	Tadoussac . . . . .	69744
Saint-Michel-du-Squatec . . . . .	60918	Taschereau . . . . .	68436
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) . . . . .	60816	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles) . . . . .	69862
Saint-Moïse (La Matapédia) . . . . .	60534	Témiscaming . . . . .	68301
Saint-Narcisse-de-Rimouski . . . . .	60712	Témiscaming (rés. indienne) . . . . .	68389
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est) . . . . .	69456	Trécesson . . . . .	68432
Saint-Noël (La Matapédia) . . . . .	60536	Trois-Pistoles . . . . .	60821
Saint-Norbert-de-Mont-Brun . . . . .	68437	Umiujaq (Baie-d'Hudson) . . . . .	69847
Saint-Octave-de-Métis . . . . .	60631	Val d'Or . . . . .	68403
Saint-Onésime-d'Ixworth . . . . .	61009	Val-Brillant . . . . .	60524
Saint-Pacôme (Kamouraska) . . . . .	61020	Val-Saint-Gilles . . . . .	68471
Saint-Pascal . . . . .	61018	Ville-Marie . . . . .	68304
Saint-Paul-de-la-Croix . . . . .	60812	Waskaganish (Fort-Rupert) . . . . .	69885
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton . . . . .	69736	Waswanipi (Terre Réservée) . . . . .	69880
Saint-Philippe-de-Néri . . . . .	61019	Waswanipi (Village Cri) . . . . .	69810
Saint-Pierre-de-Lamy . . . . .	60930	Wemindji (Village Cri) . . . . .	69840
Saint-Raphaël-d'Alberville . . . . .	60508	Whapmagoostui (Réserve indienne) . . . . .	69888
Saint-René-de-Matane . . . . .	60613	Whitworth (Réserve indienne) . . . . .	60882
Saint-Siméon (Bonaventure) . . . . .	60421	Winneway . . . . .	68388
Saint-Simon (Les Basques) . . . . .	60754		
Saint-Tharcisius (La Matapédia) . . . . .	60509		
Saint-Ulric . . . . .	60624		
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette) . . . . .	60746		
Saint-Vianney (La Matapédia) . . . . .	60521		
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui . . . . .	60519		
Sainte-Angèle-de-Méridi . . . . .	60706		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière . . . . .	61036		
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle . . . . .	60312		
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle) . . . . .	67650		
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette) . . . . .	60726		
Sainte-Félicité (Matane) . . . . .	60618		



## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF (Annexe VI de l'entente)

### RÈGLES GÉNÉRALES

**1.1** Le dentiste 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 dentiste peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service assuré.

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

Le dentiste qui fournit des services en centre hospitalier avec le concours d'un dentiste résident est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires et règles d'application mais seulement pour l'encadrement dispensé en centre hospitalier, et ce, pour les cinq programmes de résidence suivants : la chirurgie buccale et maxillo-faciale, le multidisciplinaire, la gérodonologie, la médecine buccale/stomatologie et la dentisterie pédiatrique. À cette fin, il doit être présent auprès de la personne assurée et s'identifier lors de la dispensation du service et y participer. Il doit en outre contrôler les observations consignées au dossier et les contresigner. Le dentiste peut facturer les services rendus par des dentistes résidents pour un maximum de trois dentistes résidents supervisés simultanément.

# Nul honoraire n'est payable au dentiste qui voit une personne assurée dans le cadre d'activités d'enseignement, de recherche ou d'intérêt scientifique sauf s'il s'agit d'une personne assurée dont il est le dentiste traitant ou qui lui a été dirigée en consultation.

**AVIS :** *Le dentiste doit inscrire sur la demande de paiement le nom et le numéro de pratique du ou des dentistes résidents dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le modificateur 008 doit être inscrit pour chacun des services réclamés.*

**1.2** Le dentiste peut soumettre une demande de considération spéciale :

- a) pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente, l'acte est alors rémunéré au tarif déjà fixé pour cet acte;
- b) pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré;
- c) pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

Une demande de considération spéciale est soumise au moyen d'un relevé d'honoraires qui indique le montant des honoraires demandés; elle comporte, en outre, les renseignements appropriés qui permettent de l'apprécier.

**AVIS :** *Voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte.*

**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.

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

## Dentistes

**1.4** Lorsqu'au cours d'une séance, des actes de restauration et d'endodontie sont posés sous anesthésie générale, le dentiste a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 175 \$ par personne assurée comme frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. Ce montant est applicable une seule fois par période de cent quatre-vingt (180) jours pour une même personne assurée.

**AVIS :** - Dans tous les cas, indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro du professionnel anesthésiologiste.

- Les actes de restauration et d'endodontie comprennent les services sur les dents permanentes aussi bien que sur les dents primaires.

- Aux fins d'exclure l'application des règles du plafonnement trimestriel, veuillez inscrire le modificateur 041 pour chacun des actes de restauration ou d'endodontie sous anesthésie générale (voir Annexe VII).

**92221** Frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. . . . . 175,00

**AVIS :** Ce code d'acte doit être facturé la même journée qu'un acte de restauration ou d'endodontie.

Inscrire le numéro de la clinique privée d'anesthésie générale dans la case ETABLISSEMENT. La liste des cliniques se trouve à l'annexe VII de l'onglet 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)

### Dent surnuméraire

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

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

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

# Toutefois, lorsque la personne assurée est suivie par un dentiste en établissement pour des fins oncologiques, le dentiste peut réclamer un deuxième examen par période de 365 jours. Les établissements visés sont désignés par les parties.

<b>01120</b>	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans . . . . .	41,25
<b>01130</b>	Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus . . . . .	47,00

# **AVIS :** *Pour la facturation du deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques, veuillez utiliser l'un ou l'autre des codes suivants. La liste des établissements désignés se trouve à l'annexe VIII de l'onglet Rémunération à l'acte.*

01121 Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans (pour des fins oncologiques) 41,25

01131 Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus (pour des fins oncologiques) 47,00

**AVIS :** *L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, rendus en urgence, doivent être facturés sur la même demande de paiement et la lettre « D » doit être inscrite dans la case C.S. (réf. : article 2.2 de l'onglet Personnes assurées).*

#### Examen d'urgence

**2.4** L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé dentaire en raison d'une condition particulière qui selon le dentiste ou le patient exige une attention immédiate et comprenant :

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

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

## Dentistes

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

**01300** Examen d'urgence ..... 23,50

**AVIS :** *L'examen d'urgence et les services assurés de restauration, d'endodontie ou de chirurgie doivent être facturés sur la même demande de paiement.*

*La présence d'un code de diagnostic dans la case appropriée de la demande de paiement est requise pour supporter l'examen d'urgence lorsque cet examen est fait seul et non suivi d'un autre service le même jour (réf.: onglet Diagnostics de votre manuel).*

*Toutefois, si aucun code de diagnostic n'existe pour justifier la raison de l'examen d'urgence, le motif de l'examen doit être indiqué dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et la lettre « A » doit être inscrite dans la case C.S.*

*L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, rendus en urgence, doivent être facturés sur la même demande de paiement et la lettre « D » doit être inscrite dans la case C.S. (réf. : article 2.2 de l'onglet Personnes assurées).*

### Consultation

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

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

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

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

**93200** Consultation ..... 48,25

**AVIS :** *Voir la section 3.2.2.2 sous l'onglet Rémunération à l'acte.*

### Radiographie

**2.9** La rémunération de la radiographie, soit le coût du matériel, la prise de radiographie et l'interprétation, est comprise dans la rémunération de l'examen, de l'examen d'urgence, de la consultation ou de tout autre service assuré rendu à la personne assurée.

**PRÉVENTION**

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

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

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

**AVIS :** *Ce service est assuré uniquement pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours de douze ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

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

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

**13200** Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale . . . . . 6,25

**Nettoyage des dents**

**AVIS :** *Ce service est assuré uniquement pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours de douze ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

**11200** Nettoyage des dents . . . . . 15,00

**Détartrage**

**AVIS :** *Le détartrage est rémunéré uniquement pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours de seize ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

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

**43500** Détartrage . . . . . 49,00

**Application topique de fluorure**

**AVIS :** *Ce service est assuré uniquement pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours de douze à quinze ans inclusivement qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

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

**12400** Application topique de fluorure . . . . . 6,25

**RESTAURATION**

**AVIS :** *Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant âgé de moins de dix ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

*Lorsqu'il y a reprise des actes d'obturation et de couronne à l'intérieur de la période prévue, la lettre « A » ou « N » doit être inscrite dans la case C.S. et dans la section Renseignements complémentaires. Ajouter une note explicative justifiant la reprise de ces actes.*

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

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

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

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

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

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

**Restauration sur dent antérieure**

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

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

Régulier	Code Spécifique			Numéro de surface		
<b>21231</b>	<b>21911</b>	<b>Amalgame</b>	Classe I	incisive linguale	89 . . .	32,25
<b>21231</b>	<b>21911</b>				92 . . .	32,25
<b>21232</b>	<b>21912</b>		Classe III	mésiale distale	90 . . .	66,00
<b>21232</b>	<b>21912</b>				91 . . .	66,00
<b>23101</b>	<b>23901</b>	<b>Matériau esthétique</b>	Classe I	incisive linguale	89 . . .	52,00
<b>23101</b>	<b>23901</b>				92 . . .	52,00
<b>23103</b>	<b>23903</b>		Classe III	mésiale distale	90 . . .	58,75
<b>23103</b>	<b>23903</b>				91 . . .	58,75
<b>23104</b>	<b>23904</b>		Classe IV	mésiale distale	95 . . .	105,50
<b>23104</b>	<b>23904</b>				96 . . .	105,50
<b>23102</b>	<b>23902</b>		Classe V	buccale linguale	93 . . .	52,00
<b>23102</b>	<b>23902</b>				94 . . .	52,00
<b>23105</b>	<b>23905</b>	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97 . . .	143,50
<b>23108</b>	<b>23908</b>	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87 . . .	143,50

4.5.1 Pendant une période de cent quatre-vingt (180) jours, aucune combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne devra excéder les honoraires rattachés à la reconstitution complète du tiers incisif.

**AVIS :** Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, vous devez facturer le montant selon le tarif applicable pour chaque code d'acte d'obturation dispensé sur une dent antérieure. Toutefois, la combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne doit pas excéder les honoraires correspondant aux codes d'acte 23105 ou 23905 (reconstitution complète du tiers incisif). La Régie fera elle-même le total des honoraires auxquels vous avez droit et ajustera le montant, s'il y a lieu.

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

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

**Restauration sur dent postérieure**

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

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

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

a) cinq (5) surfaces	- mésiale	- 10
	- buccale	- 11
	- occlusale (incisive)	- 12
	- linguale	- 13
	- distale	- 14
b) huit (8) combinaisons de deux (2) surfaces	- MO	- 20
	- DB	- 21
	- DL	- 22
	- MB	- 23
	- DO	- 24
	- ML	- 25
	- OB	- 26
	- OL	- 27
c) dix (10) combinaisons de trois (3) surfaces	- MOD	- 30
	- DOB	- 31
	- DOL	- 32
	- MDB	- 33
	- MDL	- 34
	- MLB	- 35
	- MOB	- 36
	- DLB	- 37
	- MOL	- 38
	- OLB	- 39
d) cinq (5) combinaisons de quatre (4) surfaces	- MOBL	- 40
	- DOBL	- 41
	- MODB	- 42
	- MODL	- 43
	- MDBL	- 44
e) une (1) combinaison de cinq (5) surfaces	- MODBL	- 50

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

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

**4.10** Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de trois cent soixante-cinq (365) jours 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 :** Les codes de valeur de base (**21999** et **23999**) doivent être inscrits sur **la même demande de paiement** que le code d'obturation d'une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.

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

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

### En amalgame

#### Molaire primaire

<b>21999</b>		– valeur de base . . . . .	16,50
<b>code régulier</b>	<b>code spécifique</b>		
<b>21101</b>	<b>21901</b>	– une surface . . . . .	14,50
<b>21102</b>	<b>21902</b>	– deux surfaces . . . . .	48,25
<b>21103</b>	<b>21903</b>	– trois surfaces . . . . .	61,50
<b>21104</b>	<b>21904</b>	– quatre surfaces . . . . .	83,25
<b>21105</b>	<b>21905</b>	– cinq surfaces . . . . .	111,75

#### Prémolaire

<b>21999</b>		– valeur de base . . . . .	16,50
<b>21211</b>		– une surface . . . . .	16,75
<b>21212</b>		– deux surfaces . . . . .	50,25
<b>21213</b>		– trois surfaces . . . . .	63,50
<b>21214</b>		– quatre surfaces . . . . .	88,25
<b>21215</b>		– cinq surfaces . . . . .	116,25

#### Molaire permanente

<b>21999</b>		– valeur de base . . . . .	16,50
<b>21221</b>		– une surface . . . . .	27,00
<b>21222</b>		– deux surfaces . . . . .	60,00
<b>21223</b>		– trois surfaces . . . . .	83,25
<b>21224</b>		– quatre surfaces . . . . .	106,00
<b>21225</b>		– cinq surfaces . . . . .	139,75

### En matériau esthétique

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

<b>23999</b>	valeur de base . . . . .	16,50
<b>23301</b>	une surface . . . . .	41,50
<b>23302</b>	deux surfaces . . . . .	81,00

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF****Dentistes****Tenon par restauration**

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

<b>21301</b>	un tenon . . . . .	13,00
<b>21302</b>	deux tenons. . . . .	23,00
<b>21306</b>	trois tenons ou plus. . . . .	30,25

**Couronne préfabriquée**

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

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

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

Matériau esthétique

**Code régulier      Code spécifique**

<b>27421</b>	<b>27921</b>	sur antérieure primaire . . . . .	94,25
--------------	--------------	-----------------------------------	-------

Métallique

**Code régulier      Code spécifique**

<b>27401</b>	<b>27901</b>	antérieure primaire . . . . .	94,25
<b>27403</b>	<b>27903</b>	postérieure primaire . . . . .	94,25
<b>27411</b>		antérieure permanente . . . . .	94,25
<b>27413</b>		postérieure permanente . . . . .	94,25

**Recimentation d'une couronne préfabriquée**

**4.13** Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même dentiste qui a procédé à la confection et à la mise en place de ladite couronne ne s'applique que lorsqu'il s'est écoulé **cent quatre-vingts (180) jours** depuis la cimentation ou la recimentation de cette couronne.

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

<b>29101</b>	Recimentation d'une couronne préfabriquée. . . . .	38,50
--------------	--	-------

**ENDODONTIE**

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

**Pansement sédatif**

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

**31111** Pansement sédatif . . . . . 30,25

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

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

**Endodontie sur dent primaire**

Pulpotomie sur dent primaire

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

**Code régulier      Code spécifique**

**32211                      32911                      Pulpotomie sur dent primaire . . . . .      51,50**

Pulpectomie sur dent primaire

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

**Code régulier      Code spécifique**

**32310                      32910                      Pulpectomie sur dent primaire . . . . .      51,50**

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF****Dentistes****Endodontie sur dent permanente**

**AVIS :** Ce service est considéré assuré pour le compte d'un enfant de moins de dix ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours âgé de moins de treize ans qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

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

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

<b>33501</b>	Un canal . . . . .	154,00
<b>33502</b>	Deux canaux . . . . .	186,00
<b>33503</b>	Trois canaux . . . . .	279,00
<b>33504</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	339,00

**AVIS :** Le chirurgien dentiste ou buccal responsable de l'acte doit joindre la radiographie démontrant les 4 canaux ou plus pour les codes **33004** et **33504**. L'omission de transmettre le document entraînera un refus de paiement.

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

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

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

<b>33001</b>	Un canal . . . . .	274,00
<b>33002</b>	Deux canaux . . . . .	361,00
<b>33003</b>	Trois canaux . . . . .	463,00
<b>33004</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	537,00

**5.5** Lorsqu'un traitement de canal en cours ne peut être terminé pour l'une des raisons suivantes, soit un déménagement, le décès de la personne assurée, l'abandon du traitement par la personne assurée ou le changement de dentiste, une demande de paiement doit être accompagnée d'une note explicative rédigée sur la demande de paiement.

<b>+33999</b>	Traitement de canal partiel sur dent permanente . . . . .	60,75
---------------	---	-------

**TRAITEMENT D'URGENCE**

<b>+39910</b>	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire . . . . .	25,25
---------------	--	-------

**CHIRURGIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 050 (50 %) dans la case MODIF.*

Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux deux (2) actes suivants:

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

**6.5** Lorsqu'au cours d'une séance le dentiste répète un acte tarifé au centimètre, la rémunération pour ces actes est celle fixée pour le nombre de centimètres correspondant à la somme des centimètres effectués.

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

- a) la rémunération est fixée à 100 % du tarif établi si cette nouvelle intervention n'est pas reliée à la première intervention ou n'en résulte pas;

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 010 (100 %) dans la case MODIF.*

- b) la rémunération est fixée à 50 % du tarif établi si cette nouvelle intervention est reliée à la première ou en résulte sauf dans le cas d'alvéolite et de contrôle d'hémorragie.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 048 (50 %) dans la case MODIF.*

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

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

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

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 050 (12,5 %) dans la case MODIF.*

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

#### Forfait pour chirurgie complexe

**6.8.1** Les cas de traumatologie, de reconstruction ou d'oncologie d'une durée anesthésique de six heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucuns autres honoraires ne peuvent alors être réclamés à l'égard de ce patient dans la même journée.

<b>75994</b>	Durée anesthésique de 6 à 8 heures au total. . . . .	1 730,00
<b>75995</b>	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total. . . . .	1 978,00
<b>75996</b>	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total. . . . .	2 472,00
<b>75997</b>	Durée anesthésique de plus de 12 heures . . . . .	3 214,00

**6.9** Si, à la suite d'une ablation de dent ou de racine, le dentiste procède au cours de la même séance à la correction de pointe osseuse ou de septum (alvéoloplastie), la rémunération pour cette correction est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de racine.

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

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

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

**Ablation de dent**

**AVIS :** Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix (10) ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

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

**Ablation simple de dent**

(non sujet à la règle d'application 6.4)

	sous anesthésie locale ou régionale :	
71101	première dent . . . . .	45,25
71111	chaque dent additionnelle . . . . .	29,00
	sous anesthésie générale :	
71401	première dent . . . . .	45,25
71411	chaque dent additionnelle . . . . .	29,00

**Ablation complexe de dent**

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

72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie . . . . .	97,00
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux . . . . .	97,00
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 . . . . .	142,00

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

72230	entièrement couverte . . . . .	192,00
	partiellement couverte :	
72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale .	215,00
72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée .	192,00

**Ablation de racine**

**AVIS :** Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

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

**Ablation simple de racine dentaire**

(une ou plusieurs racines d'une même dent)  
(non sujet à la règle d'application 6.4)

	sous anesthésie locale ou régionale :	
72300	première dent . . . . .	41,00
72311	chaque dent additionnelle . . . . .	29,00
	sous anesthésie générale :	
72351	première dent . . . . .	41,00
72361	chaque dent additionnelle . . . . .	29,00

**Ablation complexe de racine dentaire**

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

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) . . . . .	72,25
-------	--	-------

**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 . . . . .	106,00
-----	dans le tissu mou sans anesthésie (prestation comprise dans le tarif de l'examen)	
75360	dans le tissu mou avec anesthésie . . . . .	44,50
79301	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. Kystes, polypes) par antrostomie . . . . .	282,50

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

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

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

72412	avec appareil de traction . . . . .	350,00
72411	sans appareil de traction. . . . .	151,00

**Incision ou drainage d'un abcès**

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

**AVIS :** *Lors de la facturation de l'acte 75101 ou 75200 par le chirurgien dentiste responsable de l'acte (rôle1), le protocole opératoire ou les renseignements appropriés sur un document complémentaire doivent accompagner la demande de paiement. L'omission de transmettre le document ou les renseignements demandés entraînera un refus de paiement.*

<b>75100</b>	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain . . . . .	36,50
<b>75101</b>	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain . . . . .	145,50
<b>75200</b>	incision extra-orale d'un abcès . . . . .	145,50
<b>75220</b>	drainage d'urgence d'un abcès parodontal . . . . .	36,50

**Traitement des ostéites**

	Alvéolite (une ou plusieurs) traitement par séance	
<b>79615</b>	sans anesthésie . . . . .	20,75
<b>79616</b>	avec anesthésie . . . . .	28,00
	Ostéomyélite traitement non chirurgical (prestation comprise dans celle de l'examen) traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
<b>75502</b>	3 cm et moins . . . . .	173,25
<b>75503</b>	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	223,00
<b>75504</b>	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	292,25
<b>75505</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	412,50
<b>75506</b>	plus de 9 cm . . . . .	485,00

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

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

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

<b>74421</b>	1 cm et moins . . . . .	200,25
<b>74422</b>	plus de 1 cm à 2 cm . . . . .	293,25
<b>74423</b>	plus de 2 cm à 3 cm . . . . .	386,50
<b>74424</b>	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	459,00
<b>74425</b>	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	565,00
<b>74426</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	775,00
<b>74427</b>	plus de 9 cm . . . . .	932,00

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

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

	tissu osseux	
<b>04311</b>	par ponction .....	28,25
<b>04312</b>	par incision .....	102,75
	tissu mou	
<b>04301</b>	par ponction .....	20,25
<b>04302</b>	par incision .....	31,50
<b>04330</b>	biopsie cervicale par voie externe .....	101,00

**Ablation de tumeur**

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

	tissu mou	
<b>74101</b>	1 cm et moins .....	147,25
<b>74102</b>	plus de 1 cm à 2 cm .....	220,75
<b>74103</b>	plus de 2 cm à 3 cm .....	316,00
<b>74104</b>	plus de 3 cm à 4 cm .....	406,00
<b>74105</b>	plus de 4 cm à 6 cm .....	532,50
<b>74106</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	751,25
<b>74107</b>	plus de 9 cm .....	881,00
	tissu osseux	
<b>74111</b>	1 cm et moins .....	220,75
<b>74112</b>	plus de 1 cm à 2 cm .....	316,00
<b>74113</b>	plus de 2 cm à 3 cm .....	406,00
<b>74114</b>	plus de 3 cm à 4 cm .....	496,75
<b>74115</b>	plus de 4 cm à 6 cm .....	626,75
<b>74116</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	841,00
<b>74117</b>	plus de 9 cm .....	995,75

**Mandibulectomie**

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

	partielle	
<b>75531</b>	3 cm et moins .....	311,75
<b>75532</b>	plus de 3 cm à 6 cm .....	351,75
<b>75533</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	394,00
<b>75534</b>	plus de 9 cm à 12 cm .....	425,50
<b>75535</b>	plus de 12 cm à 15 cm .....	462,25
<b>75536</b>	plus de 15 cm .....	505,50
<b>75540</b>	totale .....	710,00

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

partielle

<b>75551</b>	3 cm et moins . . . . .	311,75
<b>75552</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	345,25
<b>75553</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	383,25
<b>75554</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	425,50
<b>75555</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	454,50
<b>75556</b>	plus de 15 cm . . . . .	496,75
<b>75560</b>	totale . . . . .	584,50

**Chirurgie préprothétique**

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

**Abaissement total du plancher de la bouche**

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

Le dentiste n'a droit à la rémunération de l'abaissement total du plancher de la bouche en plus d'une séance qu'aux conditions suivantes :

- une ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne a été effectuée lors de la première séance;
- lorsqu'il y a ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne l'une ou l'autre ou les deux doivent être effectuées lors de la première séance;
- un délai d'au moins 45 jours doit intervenir entre la première séance et la séance subséquente;

<b>73202</b>	une séance (avec greffe muqueuse) . . . . .	835,75
<b>73203</b>	une séance (avec greffe épidermique) . . . . .	835,75
<b>73204</b>	plus d'une séance (avec greffe muqueuse) . . . . .	937,50
<b>73205</b>	plus d'une séance (avec greffe épidermique) . . . . .	937,50

**Extension des replis muqueux**

avec greffe muqueuse

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

<b>73421</b>	3 cm et moins . . . . .	148,25
<b>73422</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	231,75
<b>73423</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	296,50
<b>73424</b>	plus de 9 cm . . . . .	399,50

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

avec greffe épidermique

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

<b>73401</b>	3 cm et moins . . . . .	127,75
<b>73402</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	201,25
<b>73403</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	273,75
<b>73404</b>	plus de 9 cm . . . . .	368,00

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

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

<b>73371</b>	3 cm et moins . . . . .	321,50
<b>73372</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	362,50
<b>73373</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	425,50
<b>73374</b>	plus de 9 cm . . . . .	517,50

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

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

<b>73381</b>	3 cm et moins . . . . .	84,00
<b>73382</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	127,75
<b>73383</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	191,50
<b>73384</b>	plus de 9 cm . . . . .	279,25

<b>77505</b>	ablation des apophyses géni . . . . .	148,25
--------------	---------------------------------------	--------

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

<b>73130</b>	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) . . . . .	181,75
--------------	---	--------

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

<b>73220</b>	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale) . . . . .	232,75
--------------	--	--------

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

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

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

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

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

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

**AVIS :** L'omission de transmettre ce document entraînera un refus de paiement.

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

**Alvéolectomie**

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

<b>73021</b>	1 cm et moins . . . . .	36,00
<b>73022</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	62,75
<b>73023</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	101,75
<b>73024</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	158,00
<b>73025</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	213,25
<b>73026</b>	plus de 12 cm . . . . .	273,75

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

<b>73150</b>	réduction muqueuse . . . . .	65,25
<b>73158</b>	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu) . . . . .	148,25
<b>73159</b>	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) . . . . .	185,00
<b>73160</b>	extension de la rétotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse) . . . . .	241,50

**Alvéoloplastie**

**6.18** La rémunération pour l'alvéoloplastie inclut la rémunération pour l'aplanissement de la crête alvéolaire (telles que pointes osseuses et irrégularités post-chirurgicales) et la correction des muqueuses.

Pour les fins de l'entente, l'alvéoloplastie consiste en l'aplanissement de la crête alvéolaire et la correction des muqueuses.

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

<b>73001</b>	1 cm et moins . . . . .	36,50
<b>73002</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	49,00
<b>73003</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	61,00
<b>73004</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	74,00
<b>73005</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	95,25
<b>73006</b>	plus de 12 cm . . . . .	124,75

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

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

<b>73171</b>	1 cm et moins . . . . .	61,50
<b>73172</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	91,50
<b>73173</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	130,00
<b>73174</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	183,00
<b>73178</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	242,50
<b>73176</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	304,25
<b>73177</b>	plus de 15 cm . . . . .	351,75

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

<b>73181</b>	1 cm et moins . . . . .	14,50
<b>73182</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	24,25
<b>73183</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	37,25
<b>73184</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	50,50
<b>73187</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	71,50
<b>73186</b>	plus de 12 cm . . . . .	91,50

### Ablation de torus

<b>73133</b>	maxillaire bilatéral . . . . .	143,00
<b>73134</b>	mandibulaire unilatéral . . . . .	121,25

### Traitement des glandes salivaires

<b>79101</b>	dilatation de canal (par séance) . . . . .	54,75
	sialolithotomie par voie buccale :	
<b>79104</b>	tiers antérieur du canal . . . . .	88,25
<b>79105</b>	deux tiers postérieurs du canal . . . . .	273,75
<b>79110</b>	sialolithotomie par voie externe . . . . .	291,25
	ablation de glandes salivaires	
<b>79106</b>	sous-maxillaire . . . . .	362,50
<b>79107</b>	sub-linguale . . . . .	273,75
	ablation de la parotide	
<b>79111</b>	parotidectomie totale ou partielle sans dissection du nerf facial . . . . .	565,00
<b>79112</b>	parotidectomie totale ou partielle avec dissection du nerf facial . . . . .	841,00
<b>79109</b>	exérèse de grenouillette . . . . .	190,50
<b>79108</b>	exérèse de mucocèle . . . . .	75,00
<b>79113</b>	reconstruction du canal salivaire . . . . .	362,50

### Fermeture de communication bucco-sinusale

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

<b>79306</b>	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accolement ou glissement des muqueuses) . . . . .	91,50
--------------	--	-------

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

<b>79312</b>	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule . . . . .	412,50
--------------	--	--------

### Frénectomie

-----	moins d'un an (prestation incluse dans celle de l'examen)	
<b>77815</b>	un an et plus . . . . .	122,00

**Gingivectomie**

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

**AVIS :** *Préciser la substance médicamenteuse à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

**Gingivectomie**

<b>42010</b>	3 dents ou moins . . . . .	83,50
<b>42011</b>	4 dents à 6 dents . . . . .	124,75
<b>42012</b>	7 dents à 9 dents . . . . .	187,00
<b>42013</b>	10 dents à 12 dents . . . . .	252,00
<b>42014</b>	13 dents à 15 dents . . . . .	313,00
<b>42015</b>	16 dents et plus . . . . .	367,00

**Operculectomie**

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

<b>72410</b>	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption) . . . . .	36,50
--------------	--	-------

**Contrôle d'hémorragie**

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

<b>79405</b>	par substance hémostatique et compression, par séance . . . . .	20,75
<b>79406</b>	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire), par séance . . . . .	42,75

**Réparation d'une lacération de tissu mou**

*intra-orale ou extra-orale*

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

<b>76950</b>	1 cm et moins . . . . .	30,00
<b>76951</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	49,50
<b>76952</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	85,75
<b>76953</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	126,50
<b>76954</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	170,25
<b>76955</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	211,50
<b>76956</b>	plus de 15 cm à 18 cm . . . . .	253,00
<b>76957</b>	plus de 18 cm à 21 cm . . . . .	295,50
<b>76958</b>	plus de 21 cm . . . . .	310,50

réparation d'une lacération de part en part

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

<b>76960</b>	1 cm et moins . . . . .	83,50
<b>76961</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	97,25
<b>76962</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	151,75
<b>76963</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	203,50
<b>76964</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	257,50
<b>76965</b>	plus de 12 cm à 15 cm . . . . .	310,50
<b>76966</b>	plus de 15 cm à 18 cm . . . . .	373,75
<b>76967</b>	plus de 18 cm à 21 cm . . . . .	429,00
<b>76968</b>	plus de 21 cm . . . . .	504,75

**12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF****Dentistes****Intervention sur le trijumeau**

<b>79208</b>	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur . . . . .	425,50
<b>79203</b>	Avulsion d'une branche du trijumeau . . . . .	150,50
<b>79204</b>	Transposition et décompression neurale . . . . .	253,25

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

<b>79211</b>	Alcoolisation d'une branche du trijumeau . . . . .	97,25
<b>79212</b>	Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance) . . . . .	48,75
<b>79257</b>	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon) . . . . .	703,50
<b>79259</b>	Suture nerveuse (neurorrhaphie) . . . . .	108,25

<b>79402</b>	<b>Trachéotomie</b> . . . . .	199,25
--------------	-------------------------------	--------

<b>79403</b>	<b>Intubation percutanée sous-mandibulaire</b> . . . . .	181,75
--------------	--	--------

**Fissure palatine**

<b>77730</b>	Fermeture d'une fissure palatine . . . . .	351,75
<b>77710</b>	Rallongement complémentaire du palais . . . . .	351,75
<b>77740</b>	Reconstruction de la crête alvéolaire pour défectuosité du palais antérieur . . . . .	351,75

**Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)**

<b>74224</b>	Partielle . . . . .	232,75
<b>74226</b>	Totale . . . . .	447,00

<b>77860</b>	<b>Glossectomie</b> . . . . .	99,50
--------------	-------------------------------	-------

**Greffe osseuse**

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

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

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

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

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

**AVIS :** Lors de la facturation de greffe osseuse, veuillez inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la raison de la greffe, le site de la prise du greffon et le site précis de la greffe osseuse (exemples : région 11, région 22 à 25 ou région symphyse mentonnière, etc.). Inscrire la lettre « A » ou « N » dans la case C.S. (voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte).

L'omission de ces informations entraînera un refus de paiement.

	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)	
74445	entre 2 et 9 cm <sup>2</sup> . . . . .	242,50
74449	plus de 9 cm <sup>2</sup> . . . . .	384,25
	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) . . . . .	546,75
74454	plus de 4 cm . . . . .	867,00
	Prise du greffon (un ou plusieurs) (Le tarif de la prise du greffon n'est pas sujet à la règle d'application 6.4)	
74306	au niveau de la face . . . . .	81,50
74307	à un autre site . . . . .	162,25

#### Réduction de fracture

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

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

#### Arcade zygomatique et/ou os malaire

76701	élévation simple trans-cutanée . . . . .	315,00
77700	réduction fermée . . . . .	315,00
76703	élévation par approche de Gillies . . . . .	315,00
77701	réduction ouverte avec fixation interne 1 site . . . . .	525,00
77702	réduction ouverte avec fixation interne 2 sites . . . . .	615,00
77703	réduction ouverte avec fixation interne 3 sites . . . . .	750,00

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

#### Nez

-----	sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)	
76503	réduction simple . . . . .	100,00
76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses . . . . .	228,75

## 12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

## Maxillaire

	Le Fort I (demi ou complet)	
<b>76310</b>	réduction fermée . . . . .	179,50
<b>76312</b>	réduction ouverte . . . . .	326,50
	Le Fort II (demi ou complet)	
<b>76410</b>	réduction fermée (unique ou multiple) . . . . .	270,25
	réduction ouverte	
<b>76420</b>	unilatérale . . . . .	460,00
<b>76430</b>	bilatérale . . . . .	671,50
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprenant l'intervention sur les tissus palpébraux)	
<b>76511</b>	unilatérale . . . . .	460,00
<b>76512</b>	bilatérale . . . . .	671,50
<b>76513</b>	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture . . . . .	137,75
<b>76411</b>	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé . . . . .	270,25
<b>76412</b>	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert . . . . .	460,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
<b>76413</b>	unilatérale . . . . .	460,00
<b>76414</b>	bilatérale . . . . .	671,50
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
<b>76421</b>	unilatérale . . . . .	624,50
<b>76431</b>	bilatérale . . . . .	837,25
	Le Fort III	
<b>76810</b>	réduction fermée . . . . .	472,75
-----	réduction ouverte (prestation incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance)	
<b>79050</b>	Lambeau bicornal . . . . .	287,50
<b>76551</b>	Réduction de l'os frontal . . . . .	488,75
<b>76555</b>	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse) . . . . .	230,00

## Mandibulaire

**AVIS :** Lors de la facturation d'un de ces actes (**76222, 76223, 76232, 76233, 76242, 76243**) par le chirurgien dentiste ou buccal responsable de l'acte (rôle 1), le protocole opératoire doit accompagner la demande de paiement. L'omission de transmettre le document entraînera un refus de paiement.

<b>76210</b>	réduction fermée (unique ou multiple) . . . . .	349,50
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
<b>76221</b>	approche intra-orale . . . . .	626,75
<b>76222</b>	approche extra-orale . . . . .	626,75
<b>76223</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	947,50
	deux sites :	
<b>76231</b>	approche intra-orale . . . . .	835,00
<b>76232</b>	approche extra-orale . . . . .	835,00
<b>76233</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	1 254,75

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

	trois sites et plus :	
<b>76241</b>	approche intra-orale . . . . .	978,75
<b>76242</b>	approche extra-orale . . . . .	978,75
<b>76243</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	1 466,25

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

<b>76260</b>	Condyle (réduction ouverte) . . . . .	600,00
--------------	---------------------------------------	--------

#### Orbite

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

	Plancher	
<b>76520</b>	par voie sinusale . . . . .	460,00
<b>76510</b>	par voie externe . . . . .	346,25
<b>76530</b>	avec plastie . . . . .	514,00

	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
<b>76521</b>	latérale . . . . .	460,00
<b>76522</b>	médiane . . . . .	460,00
<b>76523</b>	supérieure . . . . .	514,00

#### Os alvéolaire

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

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

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

<b>76911</b>	3 cm et moins . . . . .	39,25
<b>76912</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	52,75
<b>76913</b>	plus de 6 cm . . . . .	63,00
<b>76920</b>	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . .	100,75
<b>76930</b>	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . .	202,50
<b>76939</b>	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) . . . . .	120,00

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

<b>76940</b>	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) . . . . .	132,00
--------------	---	--------

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

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

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

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

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

**Mise en place d'attelle osseuse**

	intra ou péri-osseuse (à l'exclusion de l'ostéosynthèse), par attelle (tige, fil ou vis pour suspension péri-crânienne)	
<b>76135</b>	maxillaire (maximum 4) . . . . .	64,50
<b>76136</b>	mandibulaire (maximum 3) . . . . .	64,50
	mise en place d'une plaque de reconstruction	
<b>76154</b>	3 à 6 cm . . . . .	324,75
<b>76156</b>	plus de 6 cm . . . . .	541,25
<b>76115</b>	prothèse acrylique ou « cap splint », attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	108,00
<b>76104</b>	arche (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	108,00
<b>76192</b>	appareil péri-crânien . . . . .	108,00

**Ablation d'attelle osseuse**

	intra ou péri-osseuse : par attelle (tige, fil ou vis pour suspension péri-crânienne et/ou appareil péri-crânien)	
<b>79984</b>	maxillaire (maximum 4) . . . . .	39,25
<b>79985</b>	mandibulaire (maximum 3) . . . . .	39,25
<b>79986</b>	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	25,50
<b>79987</b>	arche (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	25,50
<b>79989</b>	broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) . . . . .	127,75

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

	Luxation	
<b>78115</b>	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	37,50
<b>78125</b>	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	54,75
<b>78200</b>	Ménisectomie totale . . . . .	331,25
<b>78407</b>	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus) . . . . .	433,00
<b>78300</b>	Condylectomie radicale (résection au col) . . . . .	649,50
<b>78400</b>	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle . . . . .	662,50
<b>77160</b>	Ablation de l'apophyse coronoïde . . . . .	333,50
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
<b>78600</b>	médication intra-articulaire incluant la substance . . . . .	65,00
<b>78500</b>	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire) . . . . .	162,25

**Arthroscopie**

<b>78401</b>	Arthroscopie diagnostique (lyse et lavage) . . . . .	324,75
<b>78410</b>	Arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée) . . . . .	487,00

**Ostéotomie**

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

	<b>Mandibulaire</b>	
<b>77121</b>	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77451</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77422</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77440</b>	segmentaire préprothétique. . . . .	451,25
	<b>Maxillaire</b>	
<b>77310</b>	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) . . . . . (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	1 031,50
<b>77411</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77412</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77400</b>	segmentaire préprothétique. . . . .	716,50
<b>77720</b>	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur) . . . . .	138,50
<b>77320</b>	Le Fort II . . . . .	C.S.
<b>77325</b>	Le Fort III . . . . .	C.S.
<b>77315</b>	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale) . . . . .	364,75
<b>77305</b>	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort) . . . . .	1 031,50
	<b>Ostéotomie inter-dentaire</b>	
	Pour les fins de l'entente, l'ostéotomie inter-dentaire consiste dans une section totale de la structure osseuse pour obtenir une mobilité complète d'une dent	
<b>77610</b>	au maxillaire . . . . .	207,75
<b>77611</b>	à la mandibule . . . . .	207,75
	<b>Corticotomie</b>	
<b>77600</b>	Corticotomie (par dent; maximum de 4 dents par maxillaire). Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent. . . . .	85,50
	<b>Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)</b>	
<b>77452</b>	repositionnement bilatéral . . . . .	506,50
<b>77453</b>	diminution . . . . .	380,00

**PROTHÈSE ACRYLIQUE**

**AVIS :** Ces services ne sont assurés que pour les prestataires d'une d'aide financière de dernier recours. Toutefois, en vertu du règlement de la sécurité du revenu et de l'article 36 du Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie, les prestataires n'ont droit qu'à une prothèse complète ou partielle par maxillaire, par période de huit (8) ans.

De plus, le remplacement d'une prothèse complète ou partielle est permis en tout temps en cas de **perte ou de bris** irréparable : la rémunération permise est alors égale à **la moitié du tarif prévu**.

Le remplacement est payable au **tarif prévu** lorsqu'il est dû à une **chirurgie buccale**, et sur ordonnance écrite d'un chirurgien dentiste ou d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (voir les sections 3.2.4.3 à 3.2.4.6 de l'onglet Rémunération à l'acte).

**7.1** La prothèse est rémunérée lorsqu'elle est mise en bouche.

**AVIS :** La date des services correspond à la date de la mise en bouche de la prothèse dentaire par le dentiste. Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.

Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche, vous devez facturer selon les codes d'acte de la règle d'application 7.4.

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

**7.3** La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au dentiste, d'une autorisation à cet effet émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

**AVIS :** Dans les cas de confection, de remplacement et de regarnissage d'une prothèse acrylique, l'autorisation préalable du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale est requise. Voir les sections 3.2.4.3 à 3.2.4.6 de l'onglet Rémunération à l'acte.

**A) CONFECTION**

**AVIS :** Référez à l'onglet Rémunération à l'acte pour les instructions de facturation: Facturation simultanée de deux prothèses (section 3.2.4.3) et Remplacement d'une prothèse suite à une perte ou à un bris (section 3.2.4.4).

**Complète**

<b>51100</b>	supérieure . . . . .	633,00
<b>51110</b>	inférieure . . . . .	816,00
<b>51120</b>	supérieure et inférieure . . . . .	1 120,00

**Partielle**

<b>52240</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	289,00
<b>52250</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	289,00
<b>52260</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	531,00

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

**AVIS :** *Référez à l'onglet Rémunération à l'acte pour les instructions de facturation : Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale (section 3.2.4.5) Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale (section 3.2.4.6).*

**Complète**

<b>51101</b>	supérieure .....	633,00
<b>51111</b>	inférieure .....	816,00
<b>51121</b>	supérieure et inférieure .....	1 120,00

**Partielle**

<b>52241</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis .....	289,00
<b>52251</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	289,00
<b>52261</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	531,00

**C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION**

<b>56100</b>	Regarnissage supérieur (après trois mois) .....	194,00
<b>56101</b>	Regarnissage inférieur (après trois mois) .....	194,00

**AVIS :** *Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, le regarnissage est payable une fois aux cinq ans, selon l'article 36 du Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie. Voir la règle d'application 7.3.*

<b>55101</b>	Réparation sans empreinte (supérieure) .....	49,00
<b>55102</b>	Réparation sans empreinte (inférieure) .....	49,00
<b>55201</b>	Réparation avec empreinte (supérieure) .....	105,25
<b>55202</b>	Réparation avec empreinte (inférieure) .....	105,25

**AVIS :** *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202).*

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

**D) AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE**

<b>55520</b>	Maxillaire supérieur .....	105,25
<b>55530</b>	Maxillaire inférieur .....	105,25

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

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

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

**AVIS :** *Fournir les renseignements appropriés. Voir la règle d'application 1.2 et la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte.*

**Complète**

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

**Partielle**

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

## Les services dentaires assurés

(Depuis le 15-05-92)

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

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

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

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

1 Le mot Prestataire du présent tableau identifie un prestataire d'une aide financière de dernier recours.

**Note** : Pour les prestataires vérifier sur le carnet de réclamation si le patient est soumis au délai de carence (12 mois soins dentaires ou 24 mois services de prothèses dentaires).

