



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

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

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Service des relations avec la clientèle

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-49389-1

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 24
SEPTEMBRE 2007

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

INTRODUCTION

- Révision de l'ensemble du texte et incorporation message sur consultation Internet

Page : 1

- Révision de la signification des références au bas de la page

Page : 2

TABLE DES MATIÈRES

Pages : 1 à 4

ENTENTE

- Intégration de l'Amendement n° 11
- Article 20.1 modifié

Page : 8

- Lettres d'entente n°s 2, 4, 6, 7 et 9 abrogées

Pages : 11 à 15

- Lettre d'entente n° 11 introduite

Page : 16

- Lettre d'entente concernant l'enveloppe budgétaire globale remplacée

Pages : 17 à 19

- Annexe IV modifiée

Pages : 21 à 23

- Annexe V ajoutée

Pages : 24 à 27

PERSONNES ASSURÉES

- Nouvelle carte d'assurance maladie et modifications administratives

Pages : 1 à 7

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Ajout de la lettre Q

Pages : 15 et 27

- Adaptation des formulaires aux nouveaux tarifs et modifications administratives

Pages : 1, 4, 8, 9 à 20

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification à l'état de compte

Pages : 2 et 4

- Modifications administratives

Pages : 3, 5, 6

- Révision des codes de transaction

Page : 8

- Nouveaux calendriers

Pages : 9 et 10

- Nouveaux messages explicatifs

Pages : 12 à 14, 19 à 22 et 24

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications suite à l'Amendement n° 11

Pages : 1, 3 à 32

- Tableau des jours fériés

Page : 36

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modifications administratives

Pages : 1 et 2

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 059a/2005-09-21, 066/2006-10-14, 002/2006-04-07, 005/2006-04-20, 036/2006-06-22, 055/2006-09-01, 075/2006-10-20, 136/2007-02-26 et 083/2007-09-19

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 : 978-2-550-49389-1

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 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les chirurgiens buccaux sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie. À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement. **Les renseignements d'ordre administratif sont précédés du mot *AVIS*.**

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

La Régie remet à chaque nouveau chirurgien buccal oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de facturation qui est, par la suite, renouvelable sur commande (voir les critères définis sous l'onglet « Manuels et formulaires »).

Lorsqu'un texte de ce manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (voir la **signification des références** au verso de la présente page).

Les chirurgiens buccaux et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'assistance où des préposés aux renseignements les informent sur leur entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

#

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

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

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

#

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**Par le site internet :**- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>**Par courrier électronique Internet :**- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca**Par le système informatisé «INFO PROF» (en tout temps) :**

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

Par téléphone ou télécopieur :

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

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
 Centre de contacts des professionnels et admissibilité
 Case postale 500
 Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE**Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ**

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

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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

	<i>Page</i>
# ANNEXE III	11
Lettre d'entente n° 1.....	11
Lettre d'entente n° 2 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	11
Lettre d'entente n° 3.....	12
Lettre d'entente n° 4 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	12
Lettre d'entente n° 5.....	13
Lettre d'entente n° 6 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	13
Lettre d'entente n° 7 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	14
Lettre d'entente n° 8.....	14
Lettre d'entente n° 9 <i>Abrogée amendement n° 11</i>	15
Lettre d'entente n° 10	15
Lettre d'entente n° 11	16
Lettre d'entente	17
ARTICLE 1. Détermination d'une enveloppe budgétaire	17
ARTICLE 2. <i>Abrogée amendement n° 11</i>	17
ARTICLE 3. Détermination du suivi et de la vérification du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée	17
ARTICLE 4. <i>Abrogée amendement n° 11</i>	18
ARTICLE 5. Application	19
Accord n° 1	20
ANNEXE IV	
Ressourcement dans les territoires désignés par le ministre	21
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ANNEXE IV DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ.....	23
# ANNEXE V	
# Concernant la rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale	24
# LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES NÉGOCIANTES	26
2. PERSONNES ASSURÉES	1
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>Formulaire n° 1670</i>)	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE.....	2
3.2.1 Identité de la personne assurée.....	2
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale.....	2
3.2.1.2 Prestataires du programme d'assistance emploi	3
3.2.2 Identité des professionnels.....	5
3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant.....	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation	6

	<i>Page</i>
# 3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et case considération spéciale.....	7
3.2.3.1 Diagnostic principal	7
3.2.3.2 Renseignements complémentaires	7
3.2.3.3 Considération spéciale	8
3.2.4 Services	9
3.2.4.1 La date des services.....	9
3.2.4.2 Inscription des services	9
3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris).....	11
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable.....	12
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	13
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ...	14
# 3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (Lettre Q).....	15
# 3.2.4.8 Document complémentaire (<i>Formulaire n° 1944</i>)	16
# 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus	17
# 3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés)	18
# 3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence	19
# 3.2.8 Facturation des frais de déplacement	20
# 3.2.9 Signature du chirurgien buccal ou de son mandataire	21
3.3 EXPÉDITION.....	21
#3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>Formulaire n° 2076</i>).....	22
3.5 ANNEXES	23
ANNEXE I	
Liste des rôles.....	23
ANNEXE II	
Liste des modificateurs.....	24
# ANNEXE III	
Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	26
# ANNEXE IV	
Formulaire « Demande de prothèses dentaires acryliques ».....	28
# ANNEXE V	
Numéro d'établissement.....	30
# ANNEXE VI	
Dent surnuméraire	31
4. PAIEMENT À L'ACTE	1
4.1 MODE DE PAIEMENT.....	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence	1

	<i>Page</i>
4.4 ÉTAT DE COMPTE	2
4.4.1 Description.....	3
4.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9 et sommaire</i>).....	3
4.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 6a</i>)	5
4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée	5
4.4.2 Vérification des paiements	5
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	5
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
4.5.3 Paiement refusé en partie.....	5
4.5.4 Paiement refusé en totalité	6
4.5.5 Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires	6
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
4.7 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
# 4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2008)	9
# CALENDRIER DE PAIEMENT (2009)	10
4.9 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11
5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	6
RESTAURATION.....	8
ENDODONTIE.....	12
CHIRURGIE.....	13
PROTHÈSE ACRYLIQUE	32
LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS.....	35
TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	36
6. DIAGNOSTICS	1
7. MANUELS ET FORMULAIRES.....	1
7.1 MANUELS.....	1
7.2 FORMULAIRES.....	1
7.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES	2

1. ENTENTE

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

**TITRE I.
DISPOSITIONS GÉNÉRALES****ARTICLE 1. DÉFINITIONS**

1.1 Dans cette entente, on entend par les termes :

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

LOI : la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. 1977, chapitre A-29) et ses amendements;

CHIRURGIEN BUCCAL : un dentiste visé par l'article 2 de cette entente.

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

ARTICLE 2. APPLICATION

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

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

2.2 Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

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

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

ARTICLE 3. REPRÉSENTATION

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

Cette reconnaissance engage la Régie et tout établissement.

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

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

ARTICLE 4. PRÉCOMPTE DES COTISATIONS SYNDICALES

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

Elle y procède dans les trente jours de la réception d'un avis de cotisation; elle retient cinq pour cent de chaque paiement d'honoraires.

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

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

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

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

5.1 On reconnaît au chirurgien buccal ses libertés professionnelles.

Ainsi :

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

On respecte sa liberté thérapeutique.

ARTICLE 6. CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

ARTICLE 7. PRATIQUE HOSPITALIÈRE**PROTOCOLE**

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

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

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

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

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

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

8.1 Le chirurgien buccal est rémunéré selon le mode de l'acte.

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

ARTICLE 9. *TARIF D'HONORAIRES*

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

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

ARTICLE 10. *RELEVÉ D'HONORAIRES*

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

ARTICLE 11. *PAIEMENT DES HONORAIRES*

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

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

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

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

Le chirurgien buccal présente un nouveau relevé d'honoraires.

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

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

ARTICLE 12. *REMBOURSEMENT D'HONORAIRES*

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

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

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

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

ARTICLE 13. DEMANDE DE RÉVISION

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

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

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

13.2 La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision au chirurgien buccal dans les soixante jours.

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

ARTICLE 14. CONCILIATION D'HONORAIRES

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

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

ARTICLE 15. INTÉRÊTS

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

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

ARTICLE 16. MODALITÉS DE PAIEMENT

- + **16.1** La Régie effectue tout paiement au chirurgien buccal en versant directement ses honoraires à son compte personnel ou au compte d'une société de chirurgiens buccaux dont il est membre, dans une institution bancaire ou autre institution financière. À cet effet, le chirurgien buccal complète la formule fournie par la Régie. Ce versement est réalisé dans un délai maximal de trois (3) jours ouvrables après la date de paiement. Le chirurgien buccal peut demander à la Régie d'effectuer tout paiement par chèque émis à son ordre ou à l'ordre d'une société de chirurgiens buccaux dont il est membre et qu'il autorise par écrit selon la formule fournie par la Régie aux fins de recevoir tout versement. Tout autre mode de paiement peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

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

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

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

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

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

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

1. DIFFÉREND EN CONTESTATION D'HONORAIRES

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

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

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

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

2. DIFFÉREND COLLECTIF

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

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

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

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

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

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

2. QUORUM

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

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

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

3. DÉCISIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

4. SENTENCE

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

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

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

5. FRAIS

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

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

Les frais de sténographie sont assumés par la Régie.

6. GREFFIER

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

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

Il agit selon les instructions du conseil d'arbitrage.

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

- + **20.1** Cette entente prend effet le 1^{er} avril 2004 et se termine le 31 mars 2010.
-

CLAUSES TRANSITOIRES

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

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

+ **PHILIPPE COUILLARD**
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

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

(VOIR RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE III

LETTRE D'ENTENTE NO 1

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

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

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

Président

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

LETTRE D'ENTENTE NO 2

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

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

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre

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

Président

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

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

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

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

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 4

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

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

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

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

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

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 5**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :**

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 6

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :

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

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

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

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

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DR. FRANÇOIS BLONDEAU
Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 7

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DR. DANY MORAIS
Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 8**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DR. DANY MORAIS
Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE NO 9

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :

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

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

RÉMY TRUDEL

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux

DR. DANY MORAIS

Président

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 10**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :**

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

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

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

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

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

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

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux

BENJAMIN SALEH

Président

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

+

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

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

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

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

ARTICLE 1. DÉTERMINATION D'UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE

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

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

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

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

- + **ARTICLE 2. ABROGÉ PAR L'AMENDEMENT NO 11.**

ARTICLE 3. DÉTERMINATION DU SUIVI ET DE LA VÉRIFICATION DU COÛT DE LA RÉMUNÉRATION VERSÉE AUX CHIRURGIENS BUCCAUX EN VUE D'ASSURER LE RESPECT DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE.**3.1 Suivi du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux**

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Vérification finale

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

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

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

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

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

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

+ **ARTICLE 4. ABROGÉ PAR L'AMENDEMENT NO 11.**

ARTICLE 5. APPLICATION

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

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

+ **PHILIPPE COUILLARD**
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

Accord n° 1

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

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

La Régie de l'assurance maladie verse au docteur Dennis Kaloyannis un montant de 4204,24 \$ pour le remplacement effectué par ce dernier auprès du Centre régional de santé et services sociaux de la Baie James au cours de la période du 15 au 21 octobre 1999.

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

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

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

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

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

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

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

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

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

- + a) Un montant de 377,75 \$ par jour de ressourcement à compter du 8 octobre 2007.
b) Le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de ressourcement (maximum 4 fois par année).

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

- + les frais de transport sur présentation de pièces justificatives selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi (*), etc) ou pour la location d'une voiture (**) ou au taux de 0,82 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

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

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

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

1. ENTENTE

Chirurgiens buccaux

- + c) Une allocation forfaitaire de 160,25 \$ par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais).

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

5. Le cumul des journées de ressourcement ne peut excéder quatre-vingt (80) jours. Lorsque le chirurgien buccal quitte les territoires visés par la présente annexe, ses journées accumulées doivent être prises dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 4.4 a.

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

AVIS : *Pour bénéficier des mesures incitatives, le professionnel doit remplir le formulaire n° 3336 « Demande de remboursement des mesures incitatives ».*

Le formulaire et les instructions sont fournis sur demande par la Régie.

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

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

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

2. APPLICATION

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

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

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

3. DÉFINITIONS

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

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

4. ÉTABLISSEMENTS VISÉS

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

5. RÉMUNÉRATION

Supplément de garde

5.1 Le montant du supplément de garde en disponibilité payable au chirurgien buccal qui est assigné de garde dans un établissement désigné, est :

- pour une garde locale : 100 \$ par jour, du lundi au vendredi, et 200 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.
- pour une garde multi-établissements : 150 \$ par jour, du lundi au vendredi, et 300 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

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

6. RÈGLES D'APPLICATION ET LIMITATIONS

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

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

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

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

7. AVIS

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

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé e
des Services sociaux

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

**+ LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES
NÉGOCIANTES**

(EN RELATION AVEC L'ANNEXE V DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ)

Pour la garde locale

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont - Pavillon Maisonneuve / Pavillon Lamoureux
- Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Cité-de-la-Santé
- CSSS Gatineau - Pavillon de Hull
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôtel-Dieu
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Hôtel-Dieu de Lévis
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Centre hospitalier Anna Laberge
- Hôpital Pierre-Le Gardeur
- Hôpital général de Montréal

Pour la garde multi-établissements

Cet établissement prend en charge	Établissement(s) pris en charge
Hôpital de Verdun ⁽¹⁾	Centre hospitalier Anna Laberge Hôpital du Haut-Richelieu Hôpital Honoré-mercier
Hôpital de Verdun	Hôpital du Haut-Richelieu Hôpital Honoré-mercier
Hôpital général de Montréal	Hôpital Charles LeMoyne
Hôpital Pierre-Le Gardeur	Hôpital Charles LeMoyne
CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier	Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière
Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière	CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier

Voir l'**AVIS** à la page suivante.

AVIS : Tableau des codes et des tarifs

Spécialités	En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
	Code	\$	Code	\$
Garde locale	94521	100,00	94522	200,00
Garde multi-établissements	94523	150,00	94524	300,00
Garde multi-établissements (lorsque l'Hôpital de Verdun « prend en charge » le groupe d'établissements comprenant le CH Anna Laberge)	94525 ⁽¹⁾	150,00	94526 ⁽¹⁾	300,00

Veuillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1670 et inscrire les données suivantes :

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

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

2. PERSONNES ASSURÉES

2.0 AVANT-PROPOS

A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

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

B. SERVICES DENTAIRES

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

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

2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

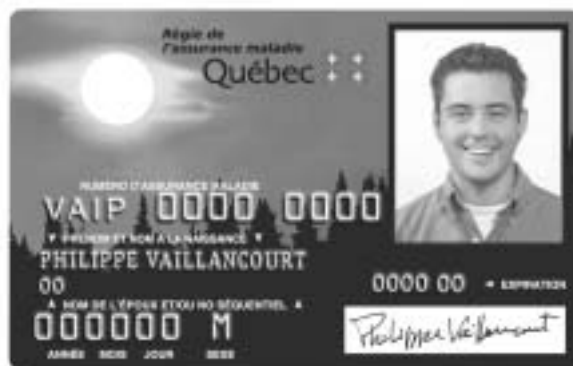
La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte (avec hologramme) peuvent être présentés. Il est important de valider la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



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

b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Cette carte est émise dans les cas suivants :

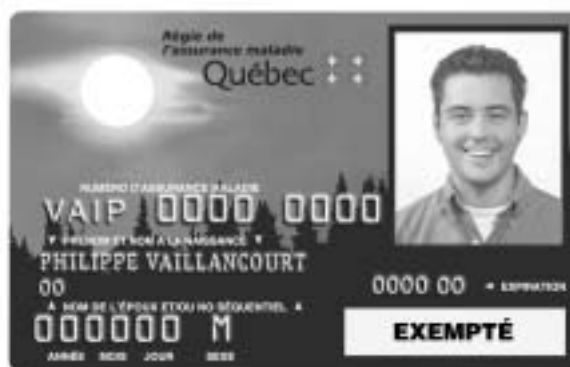
- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus
- Personne assurée hébergée en établissement
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour raison d'ordre médical

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

2.1.4 Vérification de la carte (Validité)**LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

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

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

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

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

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

c) nouvelle carte

Lorsque la personne assurée vous présente sa nouvelle carte, vérifiez à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne assurée doit payer les honoraires au professionnel.

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

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

a) L'enfant est âgé de moins d'un an;

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

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

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

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe «0» ou «1» et le suffixe «4» ou «5») :

- 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.

d) Personne en provenance d'un pays étranger 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 le programme confié à la RAMQ par le MSSS:

- vérifier si la personne détient une lettre de la RAMQ confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
- inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.

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

2- Dans tous les autres cas :

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

2.2 PRESTATAIRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI

Les prestataires du programme d'assistance emploi détiennent **un carnet de réclamation** (comportant deux volets) qui leur donne droit aux services dentaires assurés. Ils doivent le présenter au chirurgien buccal 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 soins 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.

Par ailleurs, les services suivants et leur examen préalable rendus en urgence ne sont pas assujettis au délai de carence. (voir article 36.1, du règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie) :

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

AVIS : *Les services et leur examen préalable, doivent être facturés sur une même demande de paiement et vous devez inscrire la lettre « D » dans la case C.S.. L'examen d'urgence non suivi d'un des services énumérés ci-haut est non payable et sera donc refusé.*

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE
DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL (n° 1670)
ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE
ASSURÉE (n° 2076)

3.0 AVANT-PROPOS

Le chirurgien buccal peut acquérir des demandes de paiement additionnelles, au besoin, en utilisant le formulaire n° 1491 « Commande de formulaires ».

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

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

Toute erreur ou omission (date, no de surface, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

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

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

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

La demande de paiement comporte six sections :

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

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

**3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN
BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE****3.2.1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE****3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est
fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux ser-
vices de chirurgie buccale.**

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

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

3.2.1.2 Prestataire du programme d'assistance emploi

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

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

A- LE PRESTATAIRE DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :

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

B- LE PRESTATAIRE DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :**1) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation sont présents au dossier du prestataire :**

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

2) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation ne sont pas disponibles au dossier du prestataire, mais il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :**a) le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :**

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

b) le prestataire est admis dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 » (voir l'annexe V du présent onglet) :

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

Remarque : Lorsque le service est rendu au cabinet du chirurgien buccal, inscrire le numéro du centre d'accueil où le prestataire est admis dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

3) Dans tous les autres cas :

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

3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS**3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant**

Cette identité comporte les éléments suivants :

- INT. : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU CHIRURGIEN BUCCAL : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **4 chiffres** est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un professionnel de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

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

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

3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

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

3.2.3.1 Diagnostic principal

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

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

3.2.3.2 Renseignements complémentaires

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

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

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

3.2.3.3 Considération spéciale

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

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

- # **Remarque :** Pour la **personne assurée qui abandonne le traitement d'une prothèse acrylique**, voici les instructions de facturation : inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S., les honoraires demandés et les renseignements appropriés dans la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire n° 1944 « Document complémentaire ». Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamaisagrafer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet. Vous devez **joindre** toutes les pièces justificatives supportant votre demande (ex. : les frais de laboratoire engagés, la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale).

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

Pour les demandes de paiement accompagnées d'un cliché radiologique, **brocher le cliché sur le document complémentaire** dûment rempli, placer la lettre « **A** » ou « **N** » selon le cas dans la case C.S. de la demande de paiement et joindre à cette dernière le document complémentaire, à l'aide d'un trombone.

Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section 4.5.4 sous l'onglet « Paiement à l'acte - Messages explicatifs ».

3.2.4 SERVICES

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

3.2.4.1 La date des services :

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

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

3.2.4.2 Inscription des services :

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

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

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

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans les cas suivants :

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

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

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

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

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

Dans le cas où l'une des prothèses est remplacée à la suite d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51120 ou 52260 doit être utilisé**. Inscrire la lettre « **R** » dans la case C.S et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

MÉTHODE DE CALCUL (un remplacement et une nouvelle prothèse)

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

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

Exemple: $51120 = 916,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 458,00 \$$.

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

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

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

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

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	458,00 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 229,00 \$
TOTAL du code d'acte 51120	687,00 \$

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

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

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

Instruction de facturation

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

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

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

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale

Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52250 ou 52251, 51100 avec 52251, 51111 avec 52240 ou 52241, 51110 avec 52241.

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

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

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

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

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

À la suite d'une chirurgie buccale, si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, le **code 51121 ou 52261 doit être utilisé**. Inscrire les lettres « **A** » et « **R** » dans la case C.S. et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

MÉTHODE DE CALCUL

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

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

Exemple : $51121 = 916,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 458,00 \$$.

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

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

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

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

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

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

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

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

Joindre à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

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

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

1^{re} demande de paiement

#

2^e demande de paiement

#

3.2.4.8 Document complémentaire (Formulaire n° 1944)

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

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

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

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

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

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

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

3.2.6 FACTURATION DES SOINS D'URGENCE (HONORAIRES MAJORÉS)

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

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

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

(MODIF=018) :

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

(MODIF=017) :

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

(MODIF=019) :

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

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

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

3.2.7 FACTURATION DU FORFAIT DE L'URGENCE

#

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

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

3.2.8 FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

Le chirurgien buccal réclame les frais de déplacement sous le code d'acte 94520 (réf.: Règle d'application 1.9).

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

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

- # 4. Calculer les honoraires; ceux-ci correspondent au nombre de kilomètres parcourus multiplié par 0,82 \$.
5. Dans la case CODE de la section «ÉTABLISSEMENT», inscrire le numéro du centre hospitalier de soins de courte durée ayant fait appel au chirurgien buccal comme consultant.

3.2.9 SIGNATURE DU CHIRURGIEN BUCCAL OU DE SON MANDATAIRE

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

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

3.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

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

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

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

3.5 ANNEXES

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

ANNEXE I :
LISTE DES RÔLES

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

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

ANNEXE II : LISTE DES MODIFICATEURS

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

RÈGLE GÉNÉRALE

MODIF=

RÈGLE D'APPLICATION 1.4

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

RÈGLE D'APPLICATION 1.4.2

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

RÈGLE D'APPLICATION 2.0

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

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

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

CHIRURGIE

RÈGLE D'APPLICATION 5.2

Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux pratiquent à l'égard d'une même
personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires,
la rémunération du chirurgien buccal qui a pratiqué l'acte chirurgical est
fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical 013

Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux pratiquent à l'égard d'une même
personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires,
la rémunération du chirurgien buccal qui a pratiqué les soins post-opé-
ratoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte
chirurgical 014

RÈGLE D'APPLICATION 5.4

Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne
assurée par le même chirurgien buccal au cours d'une même séance, les
actes secondaires sont rémunérés à 50 % 050

RÈGLE D'APPLICATION 5.6

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

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

RÈGLE D'APPLICATION 5.7

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 **046**

RÈGLE D'APPLICATION 5.8

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

RÈGLE D'APPLICATION 5.28

Mise en place ou ablation de plusieurs attelles dans une même séance; la prestation correspond à 50 % du taux 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. : 019 - 050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 084) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,6666)
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES

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

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
019 - 045 - 093	346	0,6666
019 - 050	084	0,6666
019 - 093	619	1,3333
019 - 093 - 050	343	0,6666
093 - 045	631	0,5000
093 - 050	086	0,5000

ANNEXE III :

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

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

- Remplacement d'une prothèse 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 du programme d'assistance emploi) 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.

B : - Refacturation après annulation ou refus de paiement.

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

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

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

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

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

- Prestataire du programme d'assistance emploi 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 du programme d'assistance emploi 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.

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 taux prévu.

Remarque : Voir les sections 3.2.4.4 à 3.2.4.5 du présent onglet

- **Préciser** dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.

- **Facturer** les honoraires à 50 % du tarif.

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

ANNEXE IV :

FORMULAIRE « DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES »

ANNEXE IV : (suite)
VERSO DU FORMULAIRE

ANNEXE V :
NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

• Centres hospitaliers :	0XXX9	Hors province
• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
• Régies régionales :	94XX9	R.R.S.S.S.
• Cliniques privées :	51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire

ANNEXE VI :
DENT SURNUMÉRAIRE

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

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

4. PAIEMENT À L'ACTE

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

4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement se fait toutes les 2 semaines sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du chirurgien buccal traitant ou d'un tiers autorisé par ce chirurgien buccal à recevoir paiement.

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

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

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

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

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

4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

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

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

4.4 ÉTAT DE COMPTE

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

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

4.4.1 Description

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

4.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et sommaire)

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

Sommaire

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

**Messages généraux
Paielements et retenues**

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

- # **Déductions cumulatives** (cotisation A.S.C.B.M.F.Q.)
Description des codes de transactions (TRA)

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

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

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

4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée

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

4.4.2 Vérification des paiements

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

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

4.5.3 Paiement refusé en partie

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

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

4.5.4 Paiement refusé en totalité

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

Dans ce cas :

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

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

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

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

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

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

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 « Demande de révision » (voir onglet Manuels et formulaires) et expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

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

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

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

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

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

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2008

CALENDRIER DE PAIEMENT 2009

4.9 MESSAGES EXPLICATIFS

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime d'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 106** Le numéro d'assurance maladie est absent et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.

Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet «Rémunération à l'acte», soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée telle que fournie.

Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet «Rémunération à l'acte», soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Le numéro d'assurance maladie est absent et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services et, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- # **115** L'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas prestataire du programme d'assistance emploi à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet « Personnes assurées »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'assistance emploi (Aide sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 133** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'assistance emploi (Aide sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- # **142** Nos fichiers indiquent, qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.
- # **160** Le code d'acte est non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- # **162** Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou une perte, ces services doivent être facturés sous le code d'acte 51120 ou 52260 et le total des honoraires payables doit correspondre à 75% du tarif. Veuillez vous référer à l'onglet « Rémunération à l'acte » point 3.2.3.4 de votre manuel pour les instructions de facturation simultanée de deux prothèses, et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être facturés lorsque des services concernant les deux maxillaires sont en cause à la même séance. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

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

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

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

- 360** Code d'acte absent. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Acte non assuré à la date du service.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.
- 388** Acte soumis à l'application du modificateur 066 (réf. : Règle d'application 1.4.1)
- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 054 (réf. : Règle d'application 1.4.2).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 5.28).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 5.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 5.4).

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- 401** Acte payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404** Acte non assuré pour cette personne assurée.
- 406** Acte assuré pour un prestataire du programme d'assistance emploi seulement.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** Cet acte est incompatible avec le numéro de dent et/ou avec l'âge de la personne assurée.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum (réf. : Règle d'application 3.5.1).
- 414** Acte déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- 423** L'acte ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 5.20).
- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 437** Conformément à la règle d'application 3.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base de cet acte étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée, est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature, son libellé ou la règle d'application afférente, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 441** Selon le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, cet acte ne peut être payé s'il n'est pas suivi d'un des services énumérés à l'article 36.1. Réf. : Article 2.2 de la page 4, sous l'onglet « Personnes assurées ».
- 446** Acte incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.4).
- 447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 4.4).
- 449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.8.1).

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

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- 470** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 3.6).
- 471** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.5).
- 472** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 3.10).
- 473** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.11).
- 474** La ou les surfaces dont le traitement est prévu par le code indiqué en référence ont fait l'objet d'une demande de paiement au cours de l'année. C'est pourquoi nous vous payons selon un autre code qui ne couvre que la ou les surfaces qui n'avaient pas été traitées. (voir la règle d'application 3.10).
- 486** La prothèse n'est rémunérée que lorsqu'elle a été effectuée trois (3) mois ou plus après l'ablation des dents (réf. : Règle d'application 6.1).
- 488** L'incision et le drainage d'abcès sont inclus dans l'ablation de dents ou l'ouverture d'urgence d'une chambre pulpaire.
- 489** La rémunération de l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire est incluse dans la rémunération d'un autre acte d'endodontie.
- 490** La Régie ne peut rémunérer les honoraires de l'examen d'urgence étant donné que les services de restauration, d'endodontie ou de chirurgie reliés à cet examen sont refusés et qu'aucun motif n'est présent sur la demande de paiement (réf. : Règle d'application 2.5).
- 491** Le motif de l'examen d'urgence doit être inscrit sur la demande de paiement si aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie n'est dispensé au cours de la même séance (réf. : Règle d'application 2.5).
- 493** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 4.5).
- 494** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 3.2).
- 495** Le coiffage de pulpe indirect n'est pas payable (réf. : Règle d'application 4.1).
- 496** Ce code d'acte ne peut être payé si le protocole opératoire n'accompagne pas la demande de paiement (réf. : Règle d'application 5.17).
- 497** Ce code d'acte est modifié ou annulé selon le maximum d'ostéotomies permises par maxillaire.
- 498** Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

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

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

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

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

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- # **801** Le supplément de garde facturé peut seulement être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement désigné par les parties à l'annexe V.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé «0XXX8» n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 834** Code d'acte incompatible avec le code de l'établissement (réf. : Règle d'application 2.0 ou 2.01).
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support magnétique ou télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- # **908** Il y a recouvrement du pré-paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- # **911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 912** Le numéro d'autorisation et la date de cette autorisation doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin lors de la facturation d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse dentaire acrylique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.

- 920** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 935** Le coût de ces services relève de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec.
- 936** Ce service n'est pas assuré en vertu du Règlement sur la sécurité du revenu.
- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une expertise professionnelle.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné. (voir la section relative à l'identité du professionnel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 941** Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres. (voir la section relative à l'établissement, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 942** La date des services est absente, incomplète ou erronée. (voir la section: Avant-propos, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 944** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 945** Un maximum de huit codes d'acte peut être inscrit sur la demande de paiement. (voir section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et soumettre deux nouvelles demandes de paiement, s'il y a lieu.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Profils médicaux.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

- 960** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce qu'elle doit fournir les renseignements manquants.
- 969** En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature de l'acte, **la règle d'application**, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'AVIS, le code d'acte est non payable s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- # **970** Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'AVIS.
- # **971** Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'AVIS.
- # **980** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'AVIS.
- # **982** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'AVIS.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

(Annexe 1 de l'entente)

RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

- + **1.2** Le chirurgien buccal peut soumettre une demande de considération spéciale :
- a) pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au tarif déjà fixé pour cet acte;
 - b) pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré;
 - c) pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

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

La Régie effectue le paiement du relevé d'honoraires.

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

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

AVIS : Voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet «Rémunération à l'acte» ainsi que la section 3.2.6 « Facturation des soins d'urgence (Honoraires majorés) », sous le même onglet .

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

1.4.1 Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à soixante-six et deux tiers pourcent ($66 \frac{2}{3} \%$) du tarif établi. (MODIF=066)

1.4.2 Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cinquante-quatre pourcent (54 %) du tarif établi. (MODIF=054)

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

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

Dents permanentes

(supérieur droit)

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

(supérieur gauche)

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

(inférieur droit)

(inférieur gauche)

Dents primaires

(supérieur droit)

55	54	53	52	51
85	84	83	82	81

(supérieur gauche)

61	62	63	64	65
71	72	73	74	75

(inférieur droit)

(inférieur gauche)

Dent surnuméraire

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

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

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

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

Supplément par personne assurée

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

+ **94400** Supplément par personne assurée 18,25

Sont fériés les jours suivants :

1^{er} janvier
2 janvier
Vendredi Saint
Lundi de Pâques
Journée nationale des Patriotes
Fête nationale du Québec
Fête du Canada
Fête du Travail
Action de Grâce
24 décembre
25 décembre
26 décembre
31 décembre

AVIS : *Si un jour de congé férié survient durant le week-end, la date de célébration retenue par votre établissement peut être différente de celle fixée par la Régie. Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Voir à la fin du présent onglet le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés.*

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

+ L'indemnité est de 0,82 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

AVIS : *Utiliser le code d'acte 94520.*

Inscrire l'identification de l'une des personnes assurées ayant reçu des soins.

Inscrire le code du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dans la case CODE de la section «Établissement».

Inscrire, dans la case UNITÉS, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle). Dans le cas où il s'agit d'un déplacement de 100 kilomètres et plus, inscrire 99 dans la case UNITÉS et le nombre de kilomètres réels parcourus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Voir onglet «Rémunération à l'acte», section 3.2.8 - Facturation des frais de déplacement.

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

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

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

2. Les honoraires majorés sont établis comme suit :

- La majoration est de la moitié pour les soins donnés entre minuit et 7 heures et du tiers, pendant le reste de l'horaire de garde.
- On détermine la majoration en regard de l'heure du début du service rendu.
- La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

AVIS : *Modificateurs devant être utilisés lors de la facturation des soins d'urgence.*

(MODIF=017) :

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

(MODIF=018) :

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

(MODIF=019) :

WEEK-END (samedi et dimanche) et les JOURS FÉRIÉS de 7 heures à minuit (majoration de 1/3)

Inscrire le modificateur approprié dans la case MODIF, ainsi que le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Voir l'onglet «Rémunération à l'acte», section 3.2.6 - Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés).

Identifier l'établissement où les services ont été rendus.

- Voir l'onglet «Rémunération à l'acte», section 3.2.5 - Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

- + 3. Le forfait de l'urgence est de 91,75 \$ entre minuit et 7 heures et de 55,25 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

Un forfait de l'urgence de 55,25 \$ est également payé au chirurgien buccal qui se rend au centre hospitalier pour des soins d'urgence le jour en semaine. Ce forfait n'est pas sujet à la règle 5.1.

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

AVIS : Pour facturer le forfait de l'urgence, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants:

- # **94401 :**
de minuit à 7 heures = 91,75 \$
- # **94402 :**
de 7 heures à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés, et de 19 heures à minuit les autres jours = 55,25 \$
- # **94403 :**
de 7 heures à 19 heures en semaine = 55,25 \$
- À l'heure de début, ajouter dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel.
- Voir l'onglet « Rémunération à l'acte » section 3.2.7 - Facturation du forfait de l'urgence.

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

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

AVIS : Si un jour de congé férié survient durant le week-end, la date de célébration retenue par votre établissement peut être différente de celle fixée par la Régie. Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Voir à la fin du présent onglet le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés.

2.01 Visite

+ **01302** Visite pour traitement médical 16,25

Il s'agit d'une visite à un patient hospitalisé dont il est le chirurgien buccal traitant pour un examen ou un traitement médical. Le chirurgien buccal doit indiquer au relevé d'honoraires le motif de la visite, le diagnostic et le cas échéant, le traitement.

AVIS : Inscrire dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le motif de la visite, le diagnostic ainsi que le traitement s'il y a lieu.

Inscrire le numéro de l'établissement où la visite est rendue. Voir l'onglet « Rémunération à l'acte », section 3.2.5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

+ 01603	Visite de contrôle	12,25
---------	------------------------------	-------

Il s'agit d'une visite en centre hospitalier pour contrôler l'évolution de l'état d'un patient. Le chirurgien buccal a droit à un maximum de trois (3) visites.

AVIS : *Inscrire le numéro de l'établissement où la visite est rendue. Voir l'onglet «Rémunération à l'acte», section 3.2.5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus.*

Le chirurgien buccal qui revoit un patient chez lequel il a pratiqué une chirurgie, ne peut se prévaloir du tarif de la visite de contrôle, sauf les chirurgies visées au 3^e alinéa de la règle 5.1.

DIAGNOSTIC

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

L'examen

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

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

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

01120	examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	33,75
01130	examen d'une personne assurée de 12 ans et plus	38,50

AVIS : *L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, rendus en urgence, doivent être facturés sur la même demande de paiement et la lettre «D» doit être inscrite dans la case C.S. (réf.: article 2.2 de l'onglet «Personnes assurées»). Ce service ne peut être considéré comme assuré s'il est rendu plus d'une fois par période de 12 mois par un chirurgien buccal. (Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, article 22.k.1).*

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 chirurgien buccal 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 la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments;
- 5) l'inscription au dossier des données significatives.

2.5 Le chirurgien buccal 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 19,25

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

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

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

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

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

Consultation

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

2.7 Le chirurgien buccal auquel un patient est dirigé pour une consultation, n'a pas droit au paiement des honoraires prévus pour cette consultation si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent, il revoit ce patient pour une chirurgie.

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

+ **93220** Consultation : personne assurée de moins de 12 ans 52,50
+ **93230** Consultation : personne assurée de 12 ans et plus 57,75

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

Radiographie

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

RESTAURATION

AVIS : *Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant de moins de dix (10) ans et d'un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

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

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

3.2 Le chirurgien buccal 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 chirurgien buccal fournit une note explicative sur la demande de paiement lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie.

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

Restauration sur dent antérieure

AVIS : - Voir la règle d'application 3.2 (code spécifique).

- Inscrire le numéro de dent et le numéro de surface dans la colonne surface. (Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.)

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

Codes

Régulier	Spécifique					
21231	21911	Amalgame	Classe I	incisive	89	23,50
21231	21911			linguale	92	23,50
21232	21912		Classe III	mésiale	90	33,75
21232	21912			distale	91	33,75

23101	23901	Matériau esthétique	Classe I	incisive	89	36,75
23101	23901			linguale	92	36,75
23103	23903		Classe III	mésiale	90	42,25
23103	23903			distale	91	42,25
23104	23904		Classe IV	mésiale	95	76,25
23104	23904			distale	96	76,25
23102	23902		Classe V	buccale	93	36,75
23102	23902			linguale	94	36,75
23105	23905	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent				
					97	124,00
23108	23908	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique				
					87	124,00

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

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

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

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

- a) cinq (5) surfaces
 - mésiale - 10
 - buccale - 11
 - occlusale (incisive) - 12
 - linguale - 13
 - distale - 14
- b) huit (8) combinaisons de deux (2) surfaces
 - MO - 20
 - DB - 21
 - DL - 22
 - MB - 23
 - DO - 24
 - ML - 25
 - OB - 26
 - OL - 27

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

- c) dix (10) combinaisons de trois (3) surfaces
- | | |
|-------|------|
| - MOD | - 30 |
| - DOB | - 31 |
| - DOL | - 32 |
| - MDB | - 33 |
| - MDL | - 34 |
| - MLB | - 35 |
| - MOB | - 36 |
| - DLB | - 37 |
| - MOL | - 38 |
| - OLB | - 39 |
- d) cinq (5) combinaisons de quatre (4) surfaces
- | | |
|--------|------|
| - MOBL | - 40 |
| - DOBL | - 41 |
| - MODB | - 42 |
| - MODL | - 43 |
| - MDBL | - 44 |
- e) une (1) combinaison de cinq (5) surfaces
- | | |
|---------|------|
| - MODBL | - 50 |
|---------|------|

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

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

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

AVIS : *Le code de valeur de base doit être inscrit sur la **même demande de paiement** que le code d'obturation sur une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.*

*Le code de valeur de base doit être accompagné **du numéro de dent seulement** (et non du numéro de surface).*

*Tous les autres codes d'obturation doivent être accompagnés **d'un numéro de dent et d'un numéro de surface.** (Voir la règle d'application 3.2, pour code spécifique)*

En amalgame

Molaire primaire

21999	- valeur de base	16,50
--------------	----------------------------	-------

Régulier

Spécifique

21101	21901	- une surface	13,00
21102	21902	- deux surfaces	30,75
21103	21903	- trois surfaces	40,75
21104	21904	- quatre surfaces	56,50
21105	21905	- cinq surfaces	77,25

Prémolaire

21999	- valeur de base	16,50
+ 21211	- une surface	15,00
+ 21212	- deux surfaces	37,75
+ 21213	- trois surfaces	49,00
+ 21214	- quatre surfaces	69,00
+ 21215	- cinq surfaces	92,25

Molaire permanente

21999	- valeur de base	16,50
+ 21221	- une surface	17,75
+ 21222	- deux surfaces	45,25
+ 21223	- trois surfaces	64,75
+ 21224	- quatre surfaces	83,25
+ 21225	- cinq surfaces	112,00

En matériau esthétique

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

23999	- valeur de base	16,50
+ 23301	- une surface	25,25
+ 23302	- deux surfaces	60,75

Tenon par restauration

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

21301	un tenon	10,50
21302	deux tenons	18,75
21306	trois tenons ou plus	24,75

Couronne préfabriquée

AVIS : Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2

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

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

Matériau esthétique

Régulier	Spécifique		
27421	27921	sur antérieure primaire . . .	66,00
Métallique			
27401	27901	antérieure primaire	66,00
27403	27903	postérieure primaire	66,00
27411		antérieure permanente . . .	66,00
27413		postérieure permanente . .	66,00

Recimentation d'une couronne préfabriquée

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

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

29101 recimentation d'une couronne préfabriquée 31,50

ENDODONTIE

AVIS : *Les services d'endodontie sont considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de dix (10) ans. Ces services sont également considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

Pansement sédatif

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

AVIS : *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents). - Voir la règle d'application 3.2, pour le code spécifique.*

31111 pansement sédatif 24,75

Endodontie sur dent primaire**Pulpotomie sur dent primaire**

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

Régulier	Spécifique		
32211	32911	Pulpotomie sur dent primaire	42,00

AVIS : *Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2.*

Pulpectomie sur dent primaire

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

Régulier	Spécifique		
32310	32910	Pulpectomie sur dent primaire	39,00

AVIS : *Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2.*

Endodontie sur dent permanente

AVIS : Ce service est considéré assuré pour le compte d'un enfant de moins de dix (10) ans et d'un prestataire du programme d'assistance emploi âgé de moins de treize (13) 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.

33501	Un canal	126,00
33502	Deux canaux	152,00
33503	Trois canaux	228,00
33504	Quatre canaux et plus	278,00

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

4.4 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.

33001	Un canal	224,00
33002	Deux canaux	295,00
33003	Trois canaux	379,00
33004	Quatre canaux et plus	440,00

4.5 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.

33999	Traitement de canal partiel sur dent permanente	49,75
	Traitement d'urgence	
39910	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	20,75

CHIRURGIE

5.1 La rémunération pour un acte chirurgical comprend la rémunération pour l'examen, l'examen d'urgence, le forfait de l'urgence, la consultation, l'examen et les soins pré-opératoires, l'acte chirurgical lui-même, tout examen post-opératoire et les soins post-opératoires, à l'exclusion des actes de chirurgie post-opératoires.

+ 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 pré-opératoires;
- 5) soins post-opératoires;
- 6) tout examen post-opératoire.

Toutefois, lorsque le chirurgien buccal ne procède auprès de la personne assurée qu'à l'ablation simple de dent ou à l'ablation simple de racine dentaire ou à un (1) seul acte de moins de 100 \$, l'examen, l'examen d'urgence et/ou la consultation font l'objet d'une rémunération distincte de celle de l'acte chirurgical.

5.2 Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux 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.

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 chirurgien buccal autre que celui qui a suturé ou procédé à la mise en place de l'attelle est comprise dans la rémunération de son examen.

AVIS : *Aux fins de facturation, le chirurgien buccal 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 professionnel 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.

5.3 À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsque la consultation, ou l'examen, ou l'examen d'urgence n'est pas suivi d'un acte chirurgical dans les quatre-vingt-dix (90) jours, cet acte est rémunéré au tarif établi.

AVIS : *Lorsque, par inadvertance, le chirurgien buccal a demandé des honoraires pour des examens, soins préopératoires ou consultation, dans les 90 jours précédant un acte chirurgical, la Régie récupérera automatiquement les honoraires payés pour ces services lors du paiement de l'acte chirurgical. Ne pas déduire les honoraires de ces services des honoraires de l'acte chirurgical.*

5.4 À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsqu'au cours d'une séance, plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une personne assurée par le même chirurgien buccal, 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.

5.5 Lorsqu'au cours d'une séance le chirurgien buccal 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.

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

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

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

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

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

5.7 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.*

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 050 (12,5 % pour l'assistant en rôle 4) dans la case MODIF.*

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

AVIS : *L'assistant-chirurgien buccal doit s'assurer que sa demande de paiement comporte le même acte (même nomenclature) que celle du chirurgien buccal principal.*

Cependant, le chirurgien buccal qui assiste un médecin chirurgien doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

Forfait pour chirurgie complexe

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

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

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

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

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

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

ABLATION DE DENT

AVIS : Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix (10) ans et pour un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Ablation simple de dent (non sujet à la règle d'application 5.4)

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

	sous anesthésie locale ou régionale :	
71101	première dent	29,25
71111	chaque dent additionnelle	17,00
	sous anesthésie générale :	
71401	première dent	29,25
71411	chaque dent additionnelle	14,00
	Ablation complexe de dent (comprenant ablation du sac adamantin ou folliculaire si indiqué)	
72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	47,00
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	72,75
72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	106,00
	Ablation de dent dont la surface occlusale est couverte par le tissu osseux :	
72230	entièrement couverte	145,00
	partiellement couverte :	
72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale .	163,00
72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée .	163,00

ABLATION SIMPLE DE RACINE DENTAIRE

AVIS : Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix (10) ans et pour un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.
Inscrire le numéro de dent et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

Ablation simple de racine dentaire (une ou plusieurs racines d'une même dent) (non sujet à la règle d'application 5.4)

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

	sous anesthésie locale ou régionale :	
72300	première dent	29,75
72311	chaque dent additionnelle	17,00

	sous anesthésie générale :	
72351	première dent	29,25
72361	chaque dent additionnelle	14,00

Ablation complexe de racine dentaire

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

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)	60,00
-------	--	-------

Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire incluant les substances alloplastiques (à l'exception de l'ablation d'attelle et d'implants dentaires)

+ 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

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

72412	avec appareil de traction	286,00
72411	sans appareil de traction	123,00

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

Incision ou drainage d'un abcès

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

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

Traitement des ostéites

	Alvéolite (une ou plusieurs)	
	traitement par séance	
79615	sans anesthésie	17,00
79616	avec anesthésie	23,00

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux****Ostéomyélite**

	traitement non-chirurgical (prestation comprise dans celle de l'examen)	
	traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
+ 75502	3 cm et moins	173,25
+ 75503	plus de 3 cm à 4 cm	223,00
+ 75504	plus de 4 cm à 6 cm	292,25
+ 75505	plus de 6 cm à 9 cm	412,50
+ 75506	plus de 9 cm	485,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

Biopsie

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

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

Ablation de tumeur

tissu mou

+ 74101	1 cm et moins	147,25
+ 74102	plus de 1 cm à 2 cm	220,75
+ 74103	plus de 2 cm à 3 cm	316,00
+ 74104	plus de 3 cm à 4 cm	406,00
+ 74105	plus de 4 cm à 6 cm	532,50
+ 74106	plus de 6 cm à 9 cm	751,25
+ 74107	plus de 9 cm	881,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

tissu osseux

+ 74111	1 cm et moins	220,75
+ 74112	plus de 1 cm à 2 cm	316,00
+ 74113	plus de 2 cm à 3 cm	406,00
+ 74114	plus de 3 cm à 4 cm	496,75
+ 74115	plus de 4 cm à 6 cm	626,75
+ 74116	plus de 6 cm à 9 cm	841,00
+ 74117	plus de 9 cm	995,75

AVIS : Voir la règle d'application 5.5**Mandibulectomie**

partielle

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5**Maxillectomie**

partielle

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

Chirurgie préprothétique

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

Abaissement total du plancher de la bouche

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

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

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

+ 73202	une séance (avec greffe muqueuse)	835,75
+ 73203	une séance (avec greffe épidermique)	835,75
+ 73204	plus d'une séance (avec greffe muqueuse)	937,50
+ 73205	plus d'une séance (avec greffe épidermique)	937,50

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

Extension des replis muqueux

avec greffe muqueuse

+ 73421	3 cm et moins	148,25
+ 73422	plus de 3 cm à 6 cm	231,75
+ 73423	plus de 6 cm à 9 cm	296,50
+ 73424	plus de 9 cm	399,50

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

avec greffe épidermique

+ 73401	3 cm et moins	127,75
+ 73402	plus de 3 cm à 6 cm	201,25
+ 73403	plus de 6 cm à 9 cm	273,75
+ 73404	plus de 9 cm	368,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

+ 73371	3 cm et moins	321,50
+ 73372	plus de 3 cm à 6 cm	362,50
+ 73373	plus de 6 cm à 9 cm	425,50
+ 73374	plus de 9 cm	517,50

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

+ 73381	3 cm et moins	84,00
+ 73382	plus de 3 cm à 6 cm	127,75
+ 73383	plus de 6 cm à 9 cm	191,50
+ 73384	plus de 9 cm	279,25

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

+ 77505	ablation des apophyses géni	148,25
---------	---------------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

+ 73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale)	181,75
---------	---	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

+ 73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	232,75
---------	--	--------

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux****Alvéolectomie**

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

Tubéroplastie (Unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)

+ 73150	réduction muqueuse	65,25
+ 73158	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu)	148,25
+ 73159	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu)	185,00
+ 73160	extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse)	241,50

Alvéoloplastie

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

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

Ablation de torus

+ 73133	maxillaire bilatéral	143,00
+ 73134	mandibulaire unilatéral	121,25

Traitement des glandes salivaires

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

Fermeture de communication bucco-sinusale

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

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

AVIS : L'acte 79306 n'est pas soumis à l'application de la règle d'application 5.4.

+ 79312	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule	412,50
---------	--	--------

Frénectomie

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux****Gingivectomie**

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

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

Gingivectomie

42010	3 dents ou moins	68,25
42011	4 dents à 6 dents	102,00
42012	7 dents à 9 dents	153,00
42013	10 dents à 12 dents	206,00
42014	13 dents à 15 dents	256,00
42015	16 dents et plus	300,00

AVIS : *Voir la règle d'application 5.5*

Operculectomie

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

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

Contrôle d'hémorragie

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

79405	par substance hémostatique et compression, par séance	17,00
79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire) par séance.	35,00

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

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

AVIS : *Voir la règle d'application 5.5*

réparation d'une lacération de part en part

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5**Intervention sur le trijumeau**

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

+ 79211	Alcoolisation d'une branche du trijumeau	97,25
+ 79212	Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance)	48,75
+ 79257	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon)	703,50
+ 79259	Suture nerveuse (neurorraphie)	108,25
+ 79402	Trachéotomie	199,25
+ 79403	Intubation percutanée sous-mandibulaire	181,75

Fissure palatine

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

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

+ 74224	Partielle	232,75
+ 74226	Totale	447,00
+ 77860	Glossectomie	99,50

Grefe osseuse

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

La 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 ²	242,50
+ 74449	plus de 9 cm ²	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 5.4).	
+ 74306	au niveau de la face	81,50
+ 74307	à un autre site	162,25

Réduction de fracture

5.23 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

Maxillaire

	Le Fort I (demi ou complet)	
+ 76310	réduction fermée	179,50
+ 76312	réduction ouverte	326,50

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

Le Fort II (demi ou complet)

5.24 Abrogée par l'Amendement n° 10.

+ 76410	réduction fermée (unique ou multiple)	270,25
	réduction ouverte	
+ 76420	unilatérale	460,00
+ 76430	bilatérale	671,50
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprend l'intervention sur les tissus palpébraux)	
+ 76511	unilatérale	460,00
+ 76512	bilatérale	671,50
+ 76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture	135,75
+ 76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	270,25
+ 76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert	460,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
+ 76413	unilatérale	460,00
+ 76414	bilatérale	671,50
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
+ 76421	unilatérale	624,50
+ 76431	bilatérale	837,25
	Le Fort III	
+ 76810	réduction fermée	472,75
-----	réduction ouverte (prestation incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance).	
+ 79050	Lambeau bicoronal	287,50
+ 76551	Réduction de l'os frontal	488,75
+ 76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse)	230,00
	Mandibulaire	
+ 76210	réduction fermée (unique ou multiple)	349,50
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
+ 76221	approche intra-orale	626,75
+ 76222	approche extra-orale	626,75
+ 76223	approches intra et extra-orales	947,50
	deux sites :	
+ 76231	approche intra-orale	835,00
+ 76232	approche extra-orale	835,00
+ 76233	approches intra et extra-orales	1 254,75
	trois sites et plus :	
+ 76241	approche intra-orale	978,75
+ 76242	approche extra-orale	978,75
+ 76243	approches intra et extra-orales	1 466,25
+ 76260	Condyle (réduction ouverte)	600,00

Orbite

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

	Plancher	
+ 76520	par voie sinusale	460,00
+ 76510	par voie externe	346,25
+ 76530	avec plastie	514,00
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
+ 76521	latérale	460,00
+ 76522	médiane	460,00
+ 76523	supérieure	514,00

Os alvéolaire

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

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

+ 76911	3 cm et moins.	39,25
+ 76912	plus de 3 cm à 6 cm	52,75
+ 76913	plus de 6 cm	63,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

+ 76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	100,75
+ 76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	202,50
76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	98,00

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

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

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

Mise en place et ablation d'attelle osseuse

5.27 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.

5.28 La prestation pour la mise en place ou l'ablation d'attelle osseuse 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 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)	
+ 76135	maxillaire (maximum 4)	64,50
+ 76136	mandibulaire (maximum 3).	64,50
	mise en place d'une plaque de reconstruction	
+ 76154	3 à 6 cm	324,75
+ 76156	plus de 6 cm.	541,25
+ 76115	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire)	108,00
+ 76104	arche (une ou plusieurs par maxillaire)	108,00
+ 76192	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)	
+ 79984	maxillaire (maximum 4)	39,25
+ 79985	mandibulaire (maximum 3).	39,25
+ 79986	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire)	25,50
+ 79987	arche (une ou plusieurs par maxillaire)	25,50
+ 79989	broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site).	127,75

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

	Luxation	
+ 78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	37,50
+ 78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	54,75
+ 78200	Ménisectomie totale	331,25
+ 78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus)	433,00
+ 78300	Condylectomie radicale (résection au col).	649,50
+ 78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle	662,50
+ 77160	Ablation de l'apophyse coronoïde	333,50
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
+ 78600	médication intra-articulaire incluant la substance	65,00
+ 78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire).	162,25
	Arthroscopie	
+ 78401	arthroscopie diagnostique (lyse et lavage)	324,75
+ 78410	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

	Mandibulaire	
+ 77121	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale)	686,25
+ 77451	segmentaire (unilatérale)	686,25
+ 77422	segmentaire antérieur	686,25
+ 77440	segmentaire préprothétique	451,25
	Maxillaire	
+ 77310	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	1 031,50
+ 77411	segmentaire (unilatérale)	686,25
+ 77412	segmentaire antérieur	686,25
+ 77400	segmentaire préprothétique	716,50
+ 77720	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur).	138,50
+ 77320	Le Fort II	C.S.
+ 77325	Le Fort III	C.S.
+ 77315	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale)	364,75
+ 77305	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort)	1 031,50

Ostéotomie inter-dentaire :

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

+ 77610	au maxillaire.	207,75
+ 77611	à la mandibule	207,75

Corticotomie

+ 77600	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
---------	---	-------

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

+ 77452	repositionnement bilatéral	506,50
+ 77453	diminution	380,00

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

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

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

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

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

Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche, vous devez facturer selon les codes d'acte de la règle d'application 6.4.

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

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

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

Complète

51100	supérieure	518,00
51110	inférieure	667,00
51120	supérieure et inférieure	916,00

Partielle

52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	236,00
52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	236,00
52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	434,00

B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

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

Complète

51101	supérieure	518,00
51111	inférieure	667,00
51121	supérieure et inférieure	916,00

Partielle

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

C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION

56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	159,00
56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	159,00

AVIS : *Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, le regarnissage est payable une fois aux cinq ans, selon l'article 36 du Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie. Voir la règle d'application 6.3.*

55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	40,00
55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	40,00
55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	86,00
55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	86,00

AVIS : *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202).
L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

55520	Maxillaire supérieur	86,00
55530	Maxillaire inférieur.	86,00

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

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

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

Complète

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

Partielle

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

Les services dentaires assurés

(À compter du 15-05-92)

TYPE DE SERVICES	(***) MILIEU HOSPITALIER	CABINET
Examens et consultations		
Examen et consultation	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Examen d'urgence	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Prévention		
Enseignement	P.A.E. 12 et plus	P.A.E. 12 et plus
Nettoyage	P.A.E. 12 et plus	P.A.E. 12 et plus
Application de fluorure	P.A.E. 12 à 15	P.A.E. 12 à 15
Détartrage	P.A.E. 16 et plus	P.A.E. 16 et plus
(*) Radiologie		
Intra-ORALE	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
(**) Extra-ORALE : panoramique	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Extra-ORALE : autres	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation - couronne - tenon	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Endodontie		
# Pansement sédatif	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Pulpotomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Traitement de canal sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et P.A.E. 0 à 12	Enf. de 0 à 9 et P.A.E. 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.A.E.
Prosthodontie (1 prothèse par 8 ans)		
Périodontie et orthodontie	P.A.E. Non assuré	P.A.E. Non assuré
(*) Service assuré; la rémunération est incluse dans les services assurés (Règle d'application 2.9 de l'Annexe I).		
(**) Chirurgiens buccaux : voir entente, annexe III, Lettre d'entente n° 1		
(***) Centre hospitalier ou établissement universitaire		

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

TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

JOUR FÉRIÉ	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Journée nationale des Patriotes	22 mai 06	21 mai 07	19 mai 08
Fête nationale du Québec	23 juin 06	25 juin 07	24 juin 08
Fête du Canada	30 juin 06	2 juillet 07	1 ^{er} juillet 08
Fête du travail	4 septembre 06	3 septembre 07	1 ^{er} septembre 08
Action de Grâce	9 octobre 06	8 octobre 07	13 octobre 08
Veille de Noël	22 décembre 06	24 décembre 07	24 décembre 08
Fête de Noël	25 décembre 06	25 décembre 07	25 décembre 08
Lendemain de Noël	26 décembre 06	26 décembre 07	26 décembre 08
Veille du Jour de l'An	29 décembre 06	31 décembre 07	31 décembre 08
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 07	1 ^{er} janvier 08	1 ^{er} janvier 09
Lendemain du Jour de l'An	2 janvier 07	2 janvier 08	2 janvier 09
Vendredi Saint	6 avril 07	21 mars 08	10 avril 09
Lundi de Pâques	9 avril 07	24 mars 08	13 avril 09

AVIS : Pour un service rendu en vertu de la règle 1.8, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés à la règle 1.8.

Pour un service rendu en vertu du point 4 de la règle 2.0, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés au point 4 de la règle 2.0.

6. DIAGNOSTICS

INDEX ALPHABÉTIQUE

AVANT-PROPOS

Le répertoire des principaux diagnostics sélectionnés par la Régie de l'assurance maladie du Québec est tiré de la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies. Il ne la remplace pas; elle continue toujours à servir de base au codage des données diagnostiques pour l'établissement des statistiques officielles de morbidité et de mortalité.

Le répertoire est un outil de travail simplifié, qui regroupe les diagnostics les plus fréquemment posés par les professionnels de la santé. Il n'est pas un guide terminologique, ni une nomenclature. C'est une liste ou un catalogue de termes qui servent à désigner des états morbides ou des traumatismes. À dessein, et forcément, il contient des termes vagues, d'usage courant, et bien souvent non conformes à la terminologie médicale. Il convient de souligner que ces termes se réfèrent toujours à une pathologie ou à un siège anatomique.

La Régie n'entend pas imposer la codification aux professionnels; cependant, elle estime devoir leur proposer de coder eux-mêmes les diagnostics ou de les faire coder par leur secrétariat. L'inscription du diagnostic sur la demande de paiement à l'aide d'un code numérique constitue en effet un moyen d'abrégier le travail : il est plus simple d'inscrire 749.2, que d'inscrire « fissure du palais avec bec de lièvre ». Et il suffira de très peu de temps pour comprendre et utiliser le recueil.

GUIDE D'INSTRUCTIONS POUR LE CODAGE DES DIAGNOSTICS

(RECUEIL ABRÉGÉ DE CIM)

AGENCEMENT ET STRUCTURE DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE DU RÉPERTOIRE

L'index alphabétique identifie les maladies en général, ainsi que les causes de morbidité, les tumeurs et les traumatismes selon leur siège anatomique et leur nature.

L'état pathologique ou la maladie sont toujours les mots clés auxquels on doit se référer pour trouver le code approprié.

Remarques en regard des abréviations et autres signes conventionnels utilisés fréquemment dans l'index

Parenthèses

Les parenthèses ont une signification particulière. Elles servent à insérer des mots supplémentaires; elles peuvent inclure des synonymes ou désigner une partie d'un organe. Elles laissent au codeur un choix décrivant mieux l'état pathologique, pour lui permettre d'utiliser le numéro de classement correct.

Exemples :

tuméfaction (épanchement)
mâchoire(s) (maxillaires)

Renvois

Certaines rubriques comportent des remarques renvoyant à d'autres rubriques, ordinairement plus détaillées, de l'état pathologique.

Exemple :

Dent(s) (tissus dentaires durs)
dépôts (voir ce mot)

Abréviations

Les principales abréviations sont :

NCA. «Non classé ailleurs». Cette abréviation avertit le codeur que les caractéristiques spécifiques d'un état pathologique sont classées différemment. Elle s'adjoint ordinairement le quatrième chiffre.8.

SAI. «Sans autre indication», «non spécifié», «sans précision». C'est un terme vague.

Principes de codage

Pour les fins du codage, il convient de préciser le sens des termes suivants, pour faciliter le classement.

Fracture avec luxation ou fracture-luxation :

Le codeur doit retenir que la fracture seulement sera codée, s'il s'agit du même siège anatomique.

Fracture non précisée comme simple ou ouverte :

L'utilisateur devra coder la fracture comme étant simple (fermée).

Luxation récidivante :

N'étant pas considérée comme un traumatisme récent, la luxation récidivante sera classée avec les lésions des articulations, sous la rubrique 718.

DÉFINITIONS

Pour faciliter à la fois la compréhension et le codage, il est à propos de définir certains termes.

1. Diagnostic

Le diagnostic est l'identification d'une maladie à partir des symptômes présentés par le malade.

2. Diagnostic principal

Le diagnostic principal est l'expression de la principale pathologie pour laquelle le malade est traité.

L'inscription du diagnostic est de toute première importance pour la recherche médicale et les statistiques. Le codage du diagnostic par le professionnel permettra éventuellement d'accélérer le processus de traitement de sa demande de paiement.

Toutefois sont à éviter :

1. Les termes vagues, s'ils ne se réfèrent pas à une pathologie ou à un siège anatomique particulier, comme «lésion», «douleur», «troubles fonctionnels», etc... Il serait souhaitable de préciser la nature du problème et sa localisation anatomique. Exemple : lésion de la bouche.

Toutes ces remarques ne visent qu'à rehausser la qualité de l'information. Le répertoire que nous vous proposons n'est pas exhaustif. Les diagnostics qui n'ont pas été retenus se retrouvent dans la **Classification Internationale des Maladies** et les professionnels qui désireront s'en servir pour coder pourront le faire, puisque ses structures ont été respectées. **Toutefois lorsqu'un code de diagnostic n'a que trois (3) chiffres, veuillez ajouter .9 à ce code.**

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès		Adénopathie	785.6
alvéole	522.5	Aglossie (absence de la langue)	750.1
amygdale	475.9	Algies	
aponévrose	728.9	bouche	528.9
bouche	528.3	dentaire, dents	525.9
cavité buccale	528.3	mâchoire (inférieure, supérieure)	526.9
cou	682.1	maxillaire	526.9
dentaire (fermé)	522.5	syndrome de Costen	524.6
dentaire ouvert	522.7	Temporo-mandibulaire	
dento-alvéolaire (fermé)	522.5	(articulation)	524.6
dento-alvéolaire ouvert	522.7	Allergie	995.3
face	682.0	Alvéolaire	
fosse nasale	478.1	fissure	525.8
gencive	523.3	ostéite	526.5
glandes salivaires	527.3	Alvéolite	526.5
langue (staphylococcique)	529.0	Amélogénèse imparfaite	520.5
lèvre (buccale)	528.5	Amygdales et végétations adé-	
luette	528.3	noïdes	
malaire	526.4	hypertrophie	474.1
maxillaire (os)	526.4	tumeur bénigne	210.0
molaire ou prémolaire	522.5	piliers et fosse	210.6
palais (parties molles)	528.3	tumeurs malignes	146.0 et 146.9
palais (partie osseuse)	526.4	voir aussi Phlegmon	
périamygdalien	475.9	Amygdalite	
périapical (dentaire)	522.5	aiguë (angine)	463.9
périapical		chronique	474.0
avec fistule	522.7	Anémie(s)	
sans fistule	522.5	par carence	281.9
péridentaire	523.5	en acide folique	281.2
périodontal d'origine gingivale		en fer	280.9
avec fistule	523.3	pernicieuse	281.9
sans fistule	523.3	Angine	
péritonsillaire	475.9	de Ludwig	528.3
pharynx, pharyngé	478.2	de Vincent	101.9
rétrolaryngé	478.7	voir aussi Phlegmon périamygdalien	
rétropharyngé	478.2	Ankyloglossie	750.0
rhino-pharynx	478.2	Ankylose	
sinus	473.9	articulation temporo-mandibulaire	718.5
sous-maxillaire (glande)	527.3	dentaire	521.6
sublinguale (glande)	527.3	Anodontie	520.0
sublinguale (région)	528.3	Anomalie(s)	
voies respiratoires		congénitales	
supérieures	478.9	oreille, face et cou	744.9
Abrasion de dents (normale) (par dentifrice) (professionnelle) (rituelle) (tissu dur)	521.2	structure dentaire	520.5
Absence		système ostéo-musculaire, (crâne, face, mâchoires)	756.9
de langue	750.1	dento-faciales, comprenant les malocclusions	524.4
de menton, congénitale	744.9		
Accident (voir traumatisme)			

A - (suite)

Anomalies - suite		
malocclusion - suite		
arcades dentaires.....	524.2	
articulation temporo-		
mandibulaire.....	524.6	
dents		
incisives.....	520.2	
position.....	524.3	
volume et forme.....	520.2	
fonctionnelles.....	524.5	
lacunaire lors de la formation		
de la mandibule.....	526.8	
mâchoires.....	524.1	
Anthrax (voir Furoncle)		
Aphte.....	528.2	
Aphthose		
de Bednar.....	528.2	
de Mikulicz (mineure, ulcéreuse		
récidivante).....	528.2	
de Sutton (majeure).....	528.2	
Apical(e)		
granulome.....	522.6	
desmodontite		
aiguë d'origine pulpaire.....	522.4	
chronique.....	522.6	
kyste radiculaire.....	522.8	
périodontite(-) chronique.....	522.6	
Aplasie du ciment.....	520.4	
Aptyalisme.....	527.7	
Arcades dentaires (anomalie de		
 rapport).....		524.2
Ariboflavinose.....	266.9	
Articulation temporo-mandibulaire		
ankylose.....	718.5	
contusion sans plaie.....	920.9	
craquements.....	719.6	
douleur.....	524.6	
dysfonctionnement douloureux.....	524.6	
écrasement.....	925.9	
entorse ou foulure.....	848.1	
hémarthrose.....	719.9	
lésion(s)		
diverses.....	718.8	
du fibrocartilage.....	718.0	
limitation des mouvements.....	719.9	
luxation récente		
compliquée.....	830.1	
simple.....	830.0	
pathologique non récidivante.....	718.2	
récidivante.....	718.3	
raideur par contracture.....	718.4	
Articulation - suite		
traumatismes superficiels... 910.0, 910.9		
tuméfaction (épanchement).....	719.9	
Asymétrie faciale.....	744.9	
mâchoires.....	524.1	
Atrésie d'un canal salivaire.....	750.2	
Atrophie		
crête alvéolaire édentée.....	525.2	
glandes salivaires.....	527.0	
hémifaciale.....	744.9	
papilles linguales.....	529.4	
Attrition		
dents.....	521.1	
excessive.....	521.1	
gencives.....	523.2	
Auriculotemporal, syndrome de l'.....	350.9	
Avitaminose		
A.....	264.9	
B6.....	266.9	
B12.....	266.9	
voir aussi Carence		
Avulsion		
dent.....	873.6	
face		
avec complication.....	873.5	
sans mention de complication	873.4	
parties internes de la bouche		
avec complication.....	873.7	
sans mention de complication	873.6	

B

Béance occlusale dentaire (antérieure) (postérieure)	524.2
Bec-de-lièvre	
avec fissure du palais (voir Chéilo-gnatho-palatoschisis) simple (voir Chéiloschisis)	
Behcet, syndrome	136.9
Béjel	104.9
Béribéri	265.9
Bétel	521.7, 523.6
Bifide	
langue	750.1
luette	749.0
Blessure (voir Traumatisme)	
Botryomycome	528.9
Bredouillement	784.5
Brûlure	
de la face	941.9
de la tête et cou	941.9
organes internes	947.9
bouche et pharynx	947.0
gencive	947.0
langue	947.0
sensation	
bouche	782.0
langue	529.6
Bruxisme	781.0

C

Calcification	
pulpaire	522.2
Canal incisif, kyste	526.1
Cancer (voir Tumeurs malignes)	
Cancrum oris (stomatite gan- gréneuse)	528.1
Candidose(s)	
buccale	112.0
muguet	112.0
Capillaires, maladies des (voir Télangiectasies)	
Carcinome	
ayant pour origine un kyste odontogène	170.0
Carence(s)	269.9
en sels minéraux	269.9
en vitamine A	264.9
en vitamine B	265.9, 266.9
en vitamine C (acide ascorbique) ..	267.9
en vitamine D	268.9
ostéomalacie	268.9
évolutif	268.9
séquelles	268.9
Carie 521.0 : Veuillez cocher la case appropriée sur la demande	
de paiement	
arrêtée	521.0
du ciment	521.0
de la dentine	521.0
de l'émail (tache blanche)	521.0
odontoclasie	521.0
rampante	521.0
Cellulite (aiguë)	682.0
Cément	
aplasie, hypoplasie	520.4
carie	521.0
hypercémentose	521.5
Céphalée	784.0
Cestodes, infections à	123.9
Chéilite	
commissurale	528.5
glandulaire apostématique	528.5
SAI	528.5
Chéilodynie	528.5

C - (suite)

Chéilo-gnatho-palatoschisis		
bilatéral.....	749.2	
médian.....	749.1	
SAI.....	749.1	
unilatéral		
droite.....	749.1	
gauche.....	749.1	
sans précision.....	749.1	
Chéiloschisis.....	749.1	
Chérubisme.....	526.8	
Chevauchement d'une dent ou de		
plusieurs.....	524.3	
Choc, sans mention de traumatisme.....	785.5	
Choc traumatique.....	958.4	
Chondrodystrophies.....	756.9	
Chondro-ectodermique, dysplasie	756.9	
Cicatrice(s)		
de fente labiale.....	749.1	
de Parrot.....	090.5	
Coloration de l'émail.....	521.7	
Complication post-opératoire		
(intervention faite par un autre		
dentiste).....	998.9	
Concrescence.....	520.2	
Condyle mandibulaire		
hyperplasie unilatérale.....	526.8	
hypoplasie unilatérale.....	526.8	
Contusion		
bouche.....	920.9	
face, cuir chevelu et cou.....	920.9	
gorge.....	920.9	
joue.....	920.9	
lèvre.....	920.9	
nez.....	920.9	
oreille.....	920.9	
séquelles.....	906.3	
Coquille, dent en.....	520.5	
Corps étranger		
bouche.....	935.0	
cavité buccale.....	935.0	
gencive(s).....	935.0	
langue.....	935.0	
palais.....	935.0	
résiduel dans un tissu mou.....	729.6	
Costen, syndrome.....	524.6	
Cou		
anomalies congénitales.....	744.9	
brûlure.....	941.0	
contusion.....	920.9	
furuncle et anthrax.....	680.1	
traumatisme superficiel		
avec infection.....	910.1	
sans infection.....	910.0	
séquelles.....	906.2	
Couleur des dents, changement		
(voir Dents)		
Coup (voir Traumatisme)		
Crânio-faciale, dysostose.....	756.9	
Crâniosynostose.....	756.9	
Crête alvéolaire édentée (crête résiduelle)		
atrophie.....	525.2	
granulome pyogénique.....	528.9	
hypertrophie SAI.....	525.8	
irrégularités.....	525.8	
leucoplasie.....	528.6	
tumeurs malignes.....	143.9	
Crête gingivale flottante.....	523.8	
Crohn, maladie.....	555.9	
Crouzon, maladie.....	756.9	
Cyanocobalamine, déficit.....	266.9	
Cysticercose.....	123.1	

D

Dégénérescences pulpaire.....	522.2	Dent(s) - suite	
Déglutition anormale	524.5	incisives	
Dens in dente	520.2	anomalies	520.2
Dent(s) (tissus dentaires durs)		de Hutchinson	090.5
abrasion.....	521.2	incluses	520.6
absence.....	525.1	incluses, avec position anormale	
consécutive à accident, extrac-		de ces dents ou des dents	
tion ou affection pério-		adjacentes.....	524.3
dontale locale	525.1	intrusion.....	873.6
amelogenesis imperfecta	520.5	invaginée.....	520.2
ankylose	521.6	luxation	873.6
anomalies		macrodontie	520.2
de volume et de forme.....	520.2	microdontie	520.2
aplasie du ciment.....	520.4	mobile.....	525.9
attrition excessive.....	521.1	molaires en forme de mûre	090.5
avulsée	873.6	natales.....	520.6
avulsion (extraction)	873.6	néonatales.....	520.6
caries.....	521.0	noircie.....	522.9
Veillez cocher la case		odontodysplasie régionale.....	520.4
appropriée sur la demande		odontogenesis imperfecta	520.2
de paiement		odontome intradentaire.....	520.2
cassées	873.6	perte d'émail	520.2
avec complication	873.7	prémolarisation.....	520.2
chevauchement.....	524.3	résorption pathologique	
concrecence.....	520.2	externe.....	521.4
conique.....	520.2	interne.....	521.4
coquille, en	520.5	rétention	520.6
couleur, changement pendant la		rotation	524.3
formation dû à		sensible	525.9
incompatibilité sanguine.....	520.8	structure, anomalies héréditaires...	520.5
malformation biliaire	520.8	submergée	520.6
porphyrie	520.8	surnuméraires (supplémentaires) ..	520.1
tétracycline	520.8	tachetées.....	520.3
voir aussi teinte ci-dessous		teinte, modification due à	
dégénérescences pulpaire	522.2	bétel.....	521.7
déplacement	524.3	hémorragie pulpaire	521.7
dépôts (voir Dépôt)		métaux.....	521.7
émail (voir Email)		SAI	521.7
enclavées	520.6	voir aussi Email	
en gâteau de miel de Tomes.....	090.5	temporaires	
érosion (voir Érosion)		chute prématurée	520.6
espacement.....	524.3	persistance.....	520.6
évaginées (tubercule occlusal)	520.2	transposition.....	524.3
exfoliation	525.0	volume et forme, anomalies	520.2
extrusion.....	873.6	voir aussi Éruption dentaire,	
fluorose	520.3	Racine dentaire	
formation, troubles.....	520.4	Dentifrice, abrasion par.....	521.2
fractures (voir Fractures)		Dentine	
fusion et germination	520.2	carie	521.0
hypercémentose.....	521.5	dysplasie	520.5
hypoplasie (voir Hypoplasie)		hypersensibilité	521.8
hypoplasiques de Turner.....	520.4	secondaire ou irrégulière	522.3
imbrication.....	524.3		

D - (suite)

Dentinogenesis imperfecta.....	520.5
Dentome intradentaire	520.2
Déplacement (dents).....	524.3
Dépôts sur les dents	
dus à l'habitude de mâcher	
du bétel	523.6
dus au tabac	523.6
film pigmenté.....	523.6
materia alba	523.6
sans précision	523.6
tartre sous-gingival.....	523.6
tartre sus-gingival.....	523.6
Dermatoses bulleuses	
pemphigus benin des	
muqueuses.....	694.6
stomatite bulleuse muco-syné-	
chiente et atrophiante	694.6
Desmodontite apicale	
aiguë	522.4
chronique	522.6
Desmodontose	523.5
Diabète sucré.....	250.9
Diastème.....	524.3
Dislocation du maxillaire	830.0
Distocclusion	524.2
Doigts, habitudes	524.5
Douleur	
articulation temporo-	
mandibulaire (ATM).....	524.6
articulation temporo-maxillaire	
(ATM).....	524.6
bouche	528.9
dent(s), dentaire	525.9
face	784.0
gencive(s)	523.9
joue.....	784.0
langue	529.6
mâchoire(s)	526.9
maxillaire(s)	526.9
Dysarthrie	784.5
Dyslalie	784.5
Dysostose	
crânio-faciale.....	756.9
mandibulo-facial.....	756.9
Dysphagie	787.5
sidéropénique	280.9
Dysphasie	784.5
Dysplasie	
chondro-ectodermique	756.9
de la dentine	520.5
fibreuse des maxillaires	526.8
périapicale	
polyostéitique	756.9

E

Eblouissement	780.4
Ecchymose (voir Contusion)	
Egratignure	
avec infection.....	910.1
sans infection	910.0
Email	
carie	521.0
fracture (ou clivage).....	873.6
hypoplasie.....	520.4
perte d'email	520.2
taches	
blanches.....	521.0
dues à fluorose.....	520.3
sans fluorose	520.3
Emphysème sous-cutané	
d'origine traumatique.....	958.7
dû à une intervention chirur-	
gicale	998.8
Enamélome (perle d'email).....	520.2
Enflure	
bouche	528.0
ganglions	785.6
gencives.....	523.1
Entaille labiale.....	749.1
Entérite régionale.....	555.0
Epanchement	
articulation temporo-mandibulaire	
kyste muqueux par	719.9
.....	527.6
Epiglotte, tumeur maligne	
face antérieure	146.4
Epulis	
à cellules géantes	523.8
Erosion dentaire	
due à habitudes alimentaires	
ou médicaments	521.3
due à régurgitations ou vomis-	
sements périodiques	521.3
idiopathique	521.3
professionnelle.....	521.3
SAI.....	521.3
Eruption dentaire	520.6
ectopique	520.9
prématurée.....	520.6
syndrome	520.7
tardive	520.6
voir aussi Dents (enclavées,	
incluses, natales, néonatales,	
temporaires)	
Erythroleucémie.....	207.0
Erythroplasie	
de la muqueuse buccale	
(y compris langue).....	528.7

E (suite)

Espacement des dents.....	524.3
Examen de contrôle V.....	58.9
Examen de prévention V.....	72.2
Exfoliation dentaire due à des causes générales.....	525.0
Exostose	526.8
Etourdissement.....	780.4

F

Face	
anomalies congénitales	
asymétrie	744.9
oreille, face et cou	744.9
os de la face.....	756.9
brûlure	941.0
contusion.....	920.9
emphysème sous-cutané d'ori- gine traumatique	958.7
plaie	
avec complication	873.5
sans complication	873.4
traumatismes.....	959.0
traumatismes superficiels	
avec infection	910.1
sans infection	910.0
Fente labiale sans fente palatine (voir Chélioschisis)	
supposée	749.1
Fente de la lèvre	749.0
Fermeture des maxillaires,	
anormale	524.5
Fétidité de l'haleine	784.9
Fibrolipome	214.9
Fibromatose	
gingivale.....	523.8
Fibrome	
cavité buccale.....	210.4
muqueuse.....	210.4
face	229.8
gencives.....	210.4
inférieures.....	210.4
supérieures.....	210.4
glandes salivaires	210.2
accessoires	210.4
parotide	210.2
principale.....	210.2
sous-maxillaire.....	210.2
sublinguale	210.2
lèvre.....	210.0
commissure	210.4
maxillaire supérieur	213.0
maxillaire inférieur	213.1
non précisé	215.9
Fibrose	
kystique	277.0
sous-muqueuse buccale.....	528.8
Fibrosite des muscles	
masticatoires	729.0
Fissuraire (voir Kystes des maxillaires)	

Fissure

issure				maxillaire interne (mandibulaire).....	802.2
oreille, face et cou				simple angle.....	802.2
branchiale.....	744.9			apophyse coronoïde.....	802.2
cou palmé (ptérygion du cou).....	744.9			branche horizontale (corps).....	802.2
linguale congénitale.....	750.1			branche montante.....	802.2
palais				condyle.....	802.2
avec bec-de-lièvre (voir Chélio-				multiple.....	802.2
gnatho-palatoschisis)				os alvéolaire.....	802.2
luette bifide.....	749.0			sans précision.....	802.2
palais dur.....	749.0			symphyse.....	802.2
palais dur et mou.....	749.0			maxillaire inférieur, ouverture.....	802.3
palais mou.....	749.0			maxillaire supérieur, simple.....	802.4
SAI.....	749.0			multiple.....	802.4
sous-muqueuse.....	749.0			os alvéolaire.....	802.4
Fistule				os malaire (zygoma).....	802.4
buccale (de la muqueuse				palais.....	802.4
buccale).....	528.9			maxillaire supérieur, ouverte.....	802.5
dentaire.....	522.7			multiples du crâne et de la face.....	804.9
dermique (abcès dentaire).....	522.7			nez	
glandes salivaires.....	527.4			simple.....	802.0
congénitale.....	750.2			ouverte.....	802.1
lèvres.....	528.5			Frein	
oronasale (avec fissure palais).....	749.0			de la langue, anomalie.....	750.0
préauriculaire.....	744.9			de la lèvre, anomalie.....	750.2
sinus de la face				Furoncle et anthrax, furunculose	
voir aussi Abcès				cou.....	680.1
Fluorose dentaire.....	520.3			face.....	680.0
Folliculite chronique hyperplasique....	523.4			Fusion, dents.....	520.2
Fordyce, maladie.....	750.2				
Formation (voir Dents, dormation)					
Fracture(s)					
alvéole dentaire.....	802.8				
alvéole dentaire ouverte.....	802.9				
crâne					
base (ethmoïde, occipital,					
temporal, etc.).....	801.9				
voûte (frontal, pariétal, vertex).....	800.9				
dent.....	873.6				
couronne					
avec lésions pulpaire.....	873.6				
sans lésions pulpaire.....	873.6				
sans précision.....	873.6				
couronne et racine.....	873.6				
émail dentaire.....	873.6				
radiculaire.....	873.6				
mâchoires					
non consolidée.....	733.9				
pathologique.....	733.1				

G

Ganglions		Glandes salivaires - suite	
enflure (lymphadénopathie)	785.6	tumeur bénigne	
Gangrène pulpaire	522.1	glande parotide	210.2
Gangréneuse, stomatite	528.1	glande sous-maxillaire	210.2
Gémination	520.2	glande sublinguale	210.2
Géographique		sans précision	210.9
langue	529.1	tumeur maligne	
stomatite	528.7	mêmes subdivisions 142.0, 142.1,	
Germe dentaire, dislocation	520.4	142.2, 142.9	
Gingival(e)		mixte (intra-osseuse)	170.1
crête flottante	523.8	Globulo-maxillaire, kyste	526.1
fibromatose	523.8	Glomique, tumeur	228.0
kyste	523.8	Glossalgie	529.6
rétraction		Glossite	529.0
généralisée	523.2	atrophique SAL	529.4
localisée	523.2	exfoliative marginée	529.1
sans précision	523.2	losangique médiane	529.2
Gingivite		superficielle migratoire	529.1
aiguë	523.0	syphilitique	095.9
chronique	523.1	Glossodynie	529.6
d'éruption	523.9	Glossoptose	750.1
de Vincent	101.9	Glossopyrosis	529.6
desquamative	523.1	Glycigénose	271.0
hyperplasique	523.1	Goitre simple	240.9
marginale simple	523.1	Gomme de la cavité buccale	095.9
sans précision	523.9	Gonococciques, infections	
ulcéreuse	523.1	de l'articulation temporo-	
de Vincent	101.9	mandibulaire	098.5
nécrotique aiguë (G.U.N.A.)	(101.9)	Goût, trouble sensitif	781.1
Gingivo-stomatite	523.1	Granulome	
herpétique	054.2	apical	522.6
Glandes salivaires		à cellules géantes (central)	
abcès	527.3	(maxillaire)	526.3
absence	750.2	gencive	523.8
accessoire	750.2	périphérique (gencive)	523.8
atrophie	527.0	de la muqueuse buccale	
fistule	527.4	éosinophile	528.9
congénitale	750.2	pyogène	528.9
hypertrophie	527.1	pulpaire (pink spot)	521.4
lésion lympho-épithéliale bénigne	527.8	Grenouillette	527.6
lithiase salivaire	527.5	Grippe	487.8
maladie de Mikulicz	527.5	G.U.N.A. (voir Gingivite ulcéreuse	
sécrétion, troubles	527.7	nécrotique aiguë)	101.9
sialectasie	527.8		
sialites	527.2		
sialoadénite	527.2		
sialométaplasie nécrasante	527.8		
sialose	527.8		
sialolithiase	527.5		
sténose	527.8		

H

Habitudes (voir Bétel, Doigts, Langue, Lèvres)		Hypertrophie - suite	
Halitose	784.9	lèvre, congénitale.....	744.9
Hallermann-Streiff-François, syndrome	756.9	papilles foliées	529.3
Hémangiopéricytome		Hypodontie.....	520.0
Hémarthrose	719.9	Hypoplasie	
Hématome		de l'émail.....	520.4
tête et cou	920.9	néonatale.....	520.4
Hémorragie		prénatale	520.4
alvéole dentaire.....	525.8	du ciment.....	520.4
amygdale	474.8	du condyle mandibulaire,	
bouche	528.9	unilatérale.....	526.8
dent	525.8	de la mandibule	524.0
gencive.....	523.8	du maxillaire.....	524.0
Hémorragique(s)		Hypoplasique, dent (-) de Turner	520.4
affections SAI	287.0	Hyposécrétion salivaire.....	527.7
kyste	526.2		
thrombasthésie.....	287.1		
Herpès	054.0		
gingivo-stomatite.....	054.9		
eczéma herpétiforme de Kaposi....	054.0		
pustulose varicelliforme de Kaposi	054.0		
stomatite herpétiforme	528.2		
Hodgkin, maladie	201.9		
Hutchinson, incisives.....	090.5		
Hypercémentose.....	521.5		
Hyperémie pulpaire	522.0		
Hyperplasie			
du ciment.....	521.5		
du condyle mandibulaire,			
unilatérale.....	526.8		
épithéliale localisée.....	528.7		
gingivale prothétique	523.8		
inflammatoire de la muqueuse			
buccale	528.9		
localisée	523.8		
de la mandibule	524.0		
du maxillaire	524.0		
Hypersécrétion salivaire.....	527.7		
Hypersensibilité de la dent.....	525.9		
Hypersensibilité de la dentine	521.8		
Hypertélorisme.....	756.0		
Hypertrophie			
amygdales et végétations	474.1		
crête alvéolaire	525.8		
glandes salivaires	527.1		
hémifaciale	744.9		
langue	529.8		

I	K
Idiopathique, érosion 521.3	Kaposi
Imbrication, dents 524.0	eczéma 054.0
Immunitaires, troubles (voir Déficit immunitaire)	Kyste(s)
Incisives de Hutchinson 090.5	branchial 744.4
Incluses, dents 520.6	dentaire 522.8
Infection	lié à éruption 526.0
bouche NCA 528.9	dentigère (folliculaire) 526.0
candida 112.0	dermoïde 528.4
dent(s) 522.4	des maxillaires, anévrysmal 526.2
alvéolaire 526.5	épidermoïde (kératinisant) 526.0
périapical 522.4	périodontal latéral 526.0
péridentaire 523.3	sans précision 526.0
gonococcique de l'articulation	épidermoïde (perles d'Epstein) 528.4
temporo-mandibulaire 098.5	fissuraire (non odontogène)
Inflammation	globulo-maxillaire 526.1
alvéoles dentaires 526.5	médian-palatin 526.1
bouche 528.0	naso-palatin (du canal incisif) 526.1
gencive 523.1	de la papille palatine 526.1
glande salivaire 527.2	sans précision 526.1
langue 529.0	gingival 523.8
lèvres (buccales) 528.5	hémorragique (traumatique) 526.2
maxillaire (os) 526.4	latent des os (de Stafne) 526.8
Inquiétude	sans précision 526.2
enfant V65.5	lympho-épithélial 528.4
mère V65.5	muqueux par épanchement 527.6
parents V65.5	muqueux rétionnel 527.6
patient V65.5	naso-labial (naso-alvéolaire) 528.4
père V65.5	radiculaire (périapical)
Intrusion dent 873.6	apical et latéral 522.8
	résiduel 522.8
	sébacé 528.4
	Kystique
	fibrose 277.0
J	
Joue, morsure 528.9	

L

Lacération		Leucoplasie	
bouche	873.6	gencive et crête alvéolaire	
avec complication	873.7	édentée	523.8
gencive(s)	873.6	moniliasique multifocale	
avec complication	873.7	(ou à Candida)	112.0
Langue		muqueuse buccale (de la)	528.6
abcès	529.0	Lèvre(s)	
absence congénitale (aglossie)	750.1	bec-de-lièvre simple (voir	
adhérence congénitale	750.1	Chéiloschisis)	
atrophie	529.8	creusées	750.2
attachée (ankyloglosse)	750.0	fentes labiales supposées	749.1
brûlante	529.6	fissure du palais avec bec-de-	
brune	529.3	lièvre (voir Chéilo-gnatho-	
crénelée	529.8	palatoschisis)	
double ou triple	750.1	fistules	528.5
douloureuse (glossodynie)	529.6	habitudes	524.5
érythroplasie	528.7	hypertrophie congénitale	744.9
fibrose sous-muqueuse buccale	528.8	maladies	528.5
fissurale (plicaturée)	529.5	macrochéilie	744.9
fissure congénitale	750.1	mélanome malin	
géographique	529.1	bord libre ou face muqueuse	140.0,
habitudes	524.5, 529.4	140.9	
hémiatrophie	529.8	face cutanée	172.0, 173.0
hémihypertrophie	529.8	microchéilie	744.9
hyperplasie épithéliale localisée	528.7	morsure	528.9
hypertrophie	529.8	voir aussi Tumeurs, lèvre	
leucoedème	528.7	Lithiase salivaire	527.5
leucoplasie	528.6	Loupes (de la tête)	784.2
noire pileuse (villose)	529.3	Ludwing, angine	528.3
saburrale	529.3	Luette	
scrotale (striée)	529.5	absence	750.2
ulcération traumatique	529.0	bifide	749.0
ulcère SAI	529.0	fente	749.0
voir aussi Glossite, Papilles		phlegmon	528.3
linguales, Tumeurs (langue),		Luxation	
Varices		dentaire	873.6
Lésion		maxillaire	830.0
buccale	528.9	temporo-mandibulaire (syn. : sub	
dent(s)	525.9	luxation) (voir Articulation	
Leucémie		temporo-mandibulaire)	
à cellules souches	208.0	Lymphadénite aiguë	683.9
monocytaire SAI	206.9	Lymphadénopathie	785.6
myéloïde SAI	206.9		
Leucoedème	528.1		
Leucokératose nicotinique du			
palais	528.7		

M

Mâchoire(s) (maxillaires)		
affections inflammatoires.....	526.4	
anomalies importantes de dimension.....	524.0	
asymétrie.....	524.1	
dysplasie fibreuse.....	526.8	
périapicale.....	213.9	
polyostéique.....	756.5	
granulome central à cellules géantes.....	526.3	
macrognathie (des deux mâchoires).....	524.0	
maladie osseuse de Paget.....	731.9	
micrognathie.....	524.0	
ostéomyélites.....	526.4	
ostéopathies.....	733.0	
périostite.....	526.4	
syphilis symptomatique récente (secondaire).....	091.6	
tardive (ostéite).....	095.9	
tumeur maligne SAI.....	170.9	
voir aussi Kystes, Luxation		
Macrochéilie.....	744.9	
Macrodontie.....	520.2	
Macroglossie congénitale.....	750.1	
Macrostomie.....	744.9	
Malabsorption, syndrome, sans précision.....	579.9	
Maladie (de)		
Besnier-Boeck-Schaumann.....	135.9	
Crohn.....	555.9	
Crouzon.....	756.0	
Ellis-Vancreveld.....	756.9	
Fordyce.....	750.2	
Heck.....	528.7	
Hodgkin.....	201.9	
Mikulicz.....	527.8	
Paget.....	731.0	
Reiter.....	099.9	
Von Gierke.....	271.0	
Werlhof.....	287.9	
Maladie(s)		
coeliaque.....	579.9	
des globules blancs vénériennes		
granulome inguinal.....	099.9	
infections gonococciques.....	098.8	
articulation temporo-mandibulaire.....	098.5	
syphilis.....	090.0, 095.9	
Malaise.....	780.7	
dent.....	525.9	
Malformation dentaire.....	520.4	
Malocclusion (dents).....	524.4	
due à		
absence de dents.....	524.3	
déglutition anormale.....	524.5	
mauvaises habitudes (impliquant la langue, les lèvres ou les doigts).....	524.5	
respiratoire buccale.....	524.5	
sans précision.....	524.9	
Malposition des dents.....	524.3	
Mandibule (syn. : maxillaire inférieur)		
fracture		
ouverte.....	802.3	
simple.....	802.2	
macrognathie (hyperplasie).....	524.0	
micrognathie (hypoplasie).....	524.0	
prognathie.....	524.1	
rétrognathie.....	524.1	
torus.....	526.8	
tumeur bénigne		
os et cartilage.....	213.1	
tissus odontogènes.....	213.1	
zone rétromolaire.....	210.4	
tumeur maligne		
odontogène.....	170.1	
salivaire intra-osseuse.....	170.1	
sans précision.....	170.9	
sarcome.....	170.1	
zone rétromolaire.....	145.6	
tumeur SAI.....	239.2	
voir aussi Anomalie dento-faciale, Articulation temporo-mandibulaire, Condyle mandibulaire, Mâchoire(s)		
Manque d'espace.....	524.3	
Mastication, sudation et rougeur par.....	350.9	
Masticatoires, fibrosite des muscles.....	729.0	
Matéria alba (dépôts sur les dents).....	523.6	
Mauvaise haleine.....	784.9	
Maxillaire inférieur (voir Mandibule)		
Maxillaire (supérieur)		
fracture		
ouverte.....	802.5	
simple.....	802.4	
macrognathie (hyperplasie).....	524.0	
micrognathie (hypoplasie).....	524.0	
prognathie.....	524.1	
rétrognathie.....	524.1	

M - (suite)

Maxillaire (supérieur) - suite		Morsure (voir plaie ou joue ou lèvre)	
sarcome	170.0	Mucocèle	
odontogène	170.0	cavité buccale.....	528.9
sinus		glandes salivaires	527.6
polype.....	471.8	Mucoviscidose	277.0
tumeur maligne.....	160.2	Muguet.....	112.0
sinusite		Muqueuses buccales, plaques	
aiguë.....	461.9	syphilitiques	091.3
chronique	473.9	Muscle(s)	
tubérosité, tumeur SAI.....	239.0	masticatoires, rhumatisme	
tumeur bénigne		(fibrosite)	729.0
odontogène	213.0	Myalgie	729.1
os et cartilage.....	213.0	Mycoses.....	112.9, 117.9
tubérosité	145.6	Myélome	
tumeur maligne		multiple.....	203.9
odontogène	170.0	Myélose érythémique aiguë.....	207.0
salivaire intraosseuse	170.0	bénin de la muqueuse buccale,	
sans précision	170.9	congénital	750.2
sarcome.....	170.0	congénital de Cannon.....	750.2
tubérosité	145.6	épithélial	750.2
tumeur SAI.....	239.2	spongieux	750.2
voir aussi Mâchoire(s)			
Mélanodontie infantile	521.0		
Mélanodontoclasie	521.0		
Mélanoplasie	528.9		
Menton, absence congénitale	744.9		
Mésioocclusion	524.2		
Mésiodens.....	520.1		
Métabolisme (troubles)			
fibrose kystique (syn. : muco- viscidose).....	277.0		
des hydrates de carbone			
galactosémie	271.9		
glycogénose.....	271.0		
mucopolysaccharidose	277.9		
de la porphyrine	277.9		
de la purine et de la pyrimidine			
syndrome de Lesch-Nyhan	277.9		
voir aussi Avitaminoses, Carence (états de)			
Microchélie	744.9		
Microdontie	520.2		
Microglossie	750.1		
Micrognathie			
des deux mâchoires.....	524.0		
mandibulaire	524.0		
maxillaire	524.0		
Microstomie.....	744.9		
Mikulicz			
aphtose	528.2		
maladie.....	527.8		
Mobilité de la dent.....	525.9		
Molaires en forme de mûre	090.5		
Moniliase buccale	112.0		

N	O
Nécrose pulpaire 522.1	Occlusion
Néonatale(s)	inversée postérieure dentaire
dents..... 520.6	(croisée) 524.2
hypoplasie de l'émail..... 520.4	linguale postérieure des dents
ostéomyélite des maxillaires 526.4	inférieure 524.2
Nerfs crâniens, affections	traumatique, gencives..... 523.8
facial 351.9	Odontalgie..... 525.9
paralysie de Bell..... 351.0	Odontoclasie 521.0
polynévrite..... 352.6	Odontodysplasie régionale 520.4
traumatismes 951. 2, 951.7	Odontogenesis imperfecta 520.5
trijumeau et autres	Odontogénie, troubles..... 520.9
glossopharyngien 352.2	Odontodysplasie régionale 520.4
grand hypoglosse..... 352.5	Odorat, trouble sensitif..... 781.1
syndrome de l'auriculotemporal .. 350.9	Oedème 782.3
tumeur maligne..... 192.9	Oligodontie..... 520.0
voir aussi Névralgies	Oreille, troubles vestibulaires 386.0
Neurofibromatose SAI (multiple) 237.7	Oropharynx, tumeur maligne 146.9
Névralgie(s)	Ostéite
dentaire 525.9	alvéolaire non suppurée..... 526.5
faciale atypique..... 350.2	déformante 731.9
glosso-pharyngée 352.1	inflammatoire des maxillaires 526.4
trigémínées..... 350.0	syphilitique de la mâchoire 095.9
trigémínée zostérienne..... 350.1	Ostéodystrophies 756.9
Névralgie 729.2	Osteogenesis imperfecta
Névrite..... 729.2	(syn. : fragilité osseuse) 756.9
Noma..... 528.1	Ostéomalacie 268.9
	Ostéomyélite
	des maxillaires 526.4
	néonatale des maxillaires..... 526.4
	Ostéopétrose 756.9
	Ostéoradionécrose..... 526.8
	Otite 382.9
	Oxycéphalie 756.9

P

Paget, maladie	731.9	Pemphigus	
Palais		bénin des muqueuses	694.6
déformé	749.0	Périadénite muqueuse nécrotique	
fissure (voir ce mot)		récidivante	528.2
avec bec-de-lièvre (voir Chéilo-		Périamygdalien, phlegmon	475.9
gnatho-palatoschisis)		Périapical	
hyperplasie polypeuse.....	528.9	kyste.....	522.8
kyste (voir Kyste fissuraire des		voir aussi Abscess	
maxillaires)		Péricoronarite	
ogival.....	749.0	aiguë	523.3
perforation due à syphilis.....	095.9	chronique	523.4
tumeur maligne		Péricoronite.....	523.4
palais mou	145.3	aiguë	523.3
palais osseux (dur).....	145.2	d'éruption	523.9
Palatoschisis		Périodontal (voir Abscess)	
(voir Fissure du palais)		Périodontite.....	523.4
Papilles linguales		aiguë	523.3
atrophie	529.4	avancée	523.9
hypertrophie.....	529.3	chronique	523.4
papilles foliées.....	529.3	apicale.....	522.6
Papillome		complexe.....	523.4
cavité buccale.....	210.4	folliculite hyperplasique	523.4
muqueuse.....	210.4	péricoronarite	523.4
face	229.8	simple.....	523.4
gencives.....	210.4	Périostite des maxillaires.....	526.4
inférieures.....	210.4	Perièche.....	528.5
supérieures.....	210.4	Perles d'Epstein	528.4
glandes salivaires	210.2	Persistance	
accessoire	210.4	dents temporaires	520.6
parotide	210.2	Phlegmon	
principale.....	210.2	du plancher de la bouche.....	528.3
sous-maxillaire.....	210.2	face, cou	682.0
sublinguale	210.2	périamygdalien	475.9
lèvre.....	210.0	Pigmentation mélanique exagérée	
commissure	210.4	SAI	528.9
maxillaire supérieur.....	213.0	Pigmenté, film (sur les dents)	523.6
maxillaire inférieur	213.1	Pink spot (granulome pulpaire)	521.4
siège non précisé.....	229.8	Plaie(s)	
Paralysie		avec complication	
faciale		bouche, parties internes et	
de Bell	351.0	dents	873.7
palatine.....	528.9	cuir chevelu.....	873.1
Paresthésie	782.0	face (front, joue, lèvre,	
Parodontal(e)		mâchoire)	873.5
granulome périphérique à cellules		nez.....	873.3
géantes	523.8	sans complication	
kyste latéral	526.0	bouche	873.6
lésion (due à occlusion		cuir chevelu.....	873.0
traumatisante)	523.8	face	873.4
Parodontose.....	523.5	gencive(s)	873.6
Parrot, cicatrices de	090.5	nez.....	873.3
Paterson-Kelly, syndrome	280.9	séquelles.....	906.0
Pellagre	265.9	voir aussi Fractures, Perforation	

P - (suite)

Plaque dentaire	523.6
Plummer-Vinson, syndrome.....	280.9
Polynévrite crânienne.....	352.6
Polype	
Fibro-épithélial	
de la gencive	
(autres) localisations buccales....	528.9
pulpaire	522.0
sinus	471.9
ethmoïdal	
frontal	
maxillaire	
sphénoïdal	
Prémolarisation	520.2
Problème d'éruption dentaire	520.6
Professionnelle	
abrasion.....	521.2
érosion	521.3
Prognathie	
mandibulaire	
maxillaire	524.1
Prothèse, due à	
hyperplasie gingivale	523.8
stomatite	528.9
ulcération traumatique.....	528.2
Ptérygion du cou	744.9
Ptyalisme.....	527.7
Pulpaire(s)	
abcès.....	522.0
calcification	522.2
dégénérescences	522.2
gangrène (nécrose).....	522.1
granulome	521.4
hyperémie.....	522.0
polype.....	522.0
Pulpite	522.0
aiguë.....	522.0
chronique	522.0
hyperplasique.....	522.0
ulcéreuse	522.0
suppurée	522.0
Purpura et autres états hémor-	
ragiques	
allergique.....	287.9
Pustulose varicelliforme de	
Kaposi	054.0
Pyogénique, granulome (syn. :	
botryomycome)	
muqueuse buccale.....	528.9
Pyorrhée.....	523.9

R

Rachitisme	
évolutif	268.9
séquelles	268.9
Racine dentaire	
laissée en place (résiduelle)	525.3
Radiculite	729.2
Reiter, maladie	099.9
Résiduel, kyste radiculaire	522.8
Résorption gingivale	521.4
Respiration buccale.....	524.5
Rétention dent de lait.....	520.6
Rétraction gingivale.....	523.2
Rétrognathie	
mandibulaire	524.1
Rhinosporidiose	117.0
Rhumatisme des muscles mastica-	
toires	729.0
Rituelle, abrasion	521.2
Robin, syndrome	756.9
Rotation, dents.....	524.3
Rougeole.....	055.9
Rougeur	782.6
Rubéole.....	056.9

S

Saignement gencive(s)	523.9	Stomatites - suite	
Saliose	527.8	herpétiforme.....	528.1
Salivaire		due à mycose	112.0
canal, atrésie	750.2	nécrotique aiguë	101.9
tumeur		nicotinique.....	528.7
maligne intra-osseuse	170.1	d'origine prothétique	528.9
voir aussi Glandes salivaires		de Vincent.....	101.9
Sarcoïdose	135.9	Subluxation (voir Articulation	
Scaphocéphalie	756.9	temporo-mandibulaire, luxation)	
Schizodontie.....	520.2	Subocclusion	524.4
Scorbut.....	267.9	Sudation et rougeur lors de la	
Sens		mastication (syndrome de l'auri-	
goût	781.1	culo-temporal).....	350.9
odorat	781.1	Surplomb	524.2
Sensibilité de la dent.....	525.9	Sutton, aphtose.....	528.2
Septicémie	038.9	Syncope	780.2
Séquelles de lésions et trauma-		Syndrome	
tismes.....	905.0, 907.1	Albright-Mac Cune-Sternberg	756.9
voir aussi sous les diverses		Aperit	756.9
localisations		Ascher	759.9
Sialectasie.....	527.8	de l'auriculo-temporal	350.9
Sialites	527.9	Bechet.....	136.9
Sialoadénite	527.9	Caffey.....	756.9
Sialolithiase	527.9	Costen.....	524.6
Sialométaplasie nécrosante.....	527.8	d'éruption des dents	520.7
Sialose	527.8	Fiessinger-Leroy (-Reiter).....	099.9
Sillon gingivo- ou jugo-buccal,		Franceschetti	765.9
tumeur maligne	210.4	Heerfordt	135.9
Sinus, tumeur maligne		Klippel-Feil	756.9
ethmoïdal.....	160.3	Plummer-Vinson	280.9
frontal	160.4	Synodontie	520.2
maxillaire	160.2	Syphilis congénitale symptoma-	
sphénoïdal.....	160.5	tique	
Sinusite (chronique) (hyperpla-		précoce, plaques muqueuses	
sique) (non purulente) (para-		buccales	090.0
nasale) (purulente).....	473.9	tardive	090.5
aiguë	461.9	cicatrices de Parrot	090.5
frontale	473.9	incisives de Hutchinson	090.5
aiguë.....	461.9	molaire en forme de mûre ou	
maxillaire	473.9	dents en gâteau de miel de	
aiguë.....	461.9	Tomes	090.5
sphénoïdale.....	473.9	Syphilis symptomatique récente	
Spirochètes, infections à	101.9	primaire	091.2
Stafne, kyste de	526.8	secondaire	
Sténose des glandes salivaires.....	527.8	mâchoire	091.0
Stomatites	528.0	plaques muqueuses buccales....	091.3
aphteuse	528.2	Syphilis symptomatique tardive	
aphteuse cicatricielle	528.2	glossite.....	095.9
factice.....	528.9	gomme de la cavité buccale	095.9
fuso-spirillaire	101.9	ostéite de la mâchoire.....	095.9
gangréneuse	528.7	perforation palatine	095.9
géographique.....	528.7		

T

Tabac, effets		Troubles sensitifs	
dépôts sur les dents.....	523.6	odorat et goût.....	781.1
leucokératose du palais	528.7	Troubles temporo-mandibulaires.....	524.6
Taches (voir émail)		(articulation)	
Taches de Koplik	055.9	Tubercule	
Tartre		anormal	520.2
sous-gingival	523.6	de Carabelli.....	520.2
sus-gingival	523.6	occlusal.....	520.2
Tatouage		Tubérosité	
volontaire, muqueuse buccale	528.9	hyperplasie.....	523.8
Taurodontisme	520.2	voir aussi Maxillaire, tumeurs	
Teinte des dents, modification		Tuméfactions de la tête	784.2
(voir Dents)		Tumeurs bénignes	
Temporo-mandibulaire (voir Arti-		amygdale	210.5
culatation)		cavité buccale.....	210.4
Thrombopathies		commissure buccale.....	210.0
thrombasthénie		face	229.8
trombocytopathie	287.9	fosses nasales, oreille moyenne	
trombocytopénie		et sinus	
primaire.....	287.9	annexes	212.0
SAI	287.9	gencive.....	210.4
secondaire (médicamenteuse)....	287.9	et crête alvéolaire édentée	210.4
Thyroïde, corps ou glande		inférieure.....	210.4
anomalies congénitales		supérieure	210.4
goitre	240.9	glandes salivaires	210.2
hypothyroïdie		accessoires	210.4
thyrotoxicose	242.9	parotides	210.2
Torus		principales.....	210.2
mandibulaire.....	526.8	sous-maxillaire.....	210.2
palatin	526.8	sublinguale	210.2
Transposition		glomique	228.0
dents.....	524.3	hypopharynx	210.8
Traumatismes		langue	
bouche	959.0	base (postérieure au sillon	
complications	958.9	terminal).....	210.1
dents.....	873.6	bords et pointe	210.1
gencives.....	959.0	face inférieure (ventrale)	210.1
lèvres buccales	959.0	face supérieure (dorsale)	210.1
nerfs	951.9, 957.9	lèvre.....	210.0
séquelles	905.9, 908.9	commissure	210.4
superficiels	910.9	deux lèvres	
vaisseaux sanguins, tête et cou	900.9	bord libre	210.0
voir aussi Plaie(s)		bord libre et face muqueuse	210.0
Treacher-Collins, syndrome.....	756.9	face muqueuse	210.0
Tréponématose endémique non		inférieure	
vénerienne	104.9	bord libre	210.0
Trismus.....	781.0	bord libre et face muqueuse	210.0
Troubles de formation des dents	520.4	face cutanée	216.0
Troubles de l'éruption dentaire		face muqueuse	210.0
(ou d'éruption dentaire)	520.6	supérieur	
		bord libre	210.0
		bord libre et face muqueuse	210.0

Tumeurs bénignes - suite

supérieur - suite	
face cutanée.....	216.0
face muqueuse.....	210.0
maxillaire inférieur	213.1
maxillaire supérieur	213.0
muqueuse cavité buccale.....	210.4
nasopharynx (rhinopharynx)	210.7
odontogène (-génique)	
mandibule.....	213.1
maxillaire	213.0
os et cartilage	
mandibule.....	213.1
maxillaire	213.0
palais	
dur	210.4
luette.....	210.4
mou.....	210.4
pharynx	210.9
piliers et fosse amygdaliens.....	210.6
plancher de la bouche.....	210.3
SAI (siège non précisé).....	229.9
sillon gingivo- ou jugo-buccal	210.4
tissus conjonctifs et autres	
tissus mous	215.0
tubérosité	210.4
zone rétromolaire	210.4

Tumeurs malignes

bouche, sans précision.....	145.9
cavité buccale.....	145.9
face	195.9
fosse nasale, oreille moyenne et sinus	
annexes	160.0, 160.9
(voir aussi Sinus)	
gencive.....	143.9
et crête alvéolaire édentée	
SAI	143.9
inférieure.....	143.1
supérieure	143.0
glandes salivaires	142.9
accessoire	145.9
intra-osseuse	
mandibule	170.1
maxillaire.....	170.0
parotide	142.0
principale.....	142.9
sous-maxillaire.....	142.1
sublinguale	142.2
hypopharynx	148.9
langue	
amygdale linguale	141.6
base.....	141.0
bords latéraux	141.2

Tumeurs malignes - suite

langue - suite	
deux tiers antérieurs	
face inférieure (ventrale).....	141.3
face supérieure.....	141.1
frein de la langue	141.3
sans précision	141.4
pointe	141.2
sans précision	141.9
zone de jonction.....	141.5
lèvres.....	140.9
bord libre (zone cosmétique), sans précision	140.9
commissure	140.6
face cutanée	173.0
face postérieure, sans précision inférieure	140.5
bord libre	140.1
face muqueuse (postérieure) ...	140.3
frein de la lèvre	140.3
supérieure	
bord libre	140.0
face muqueuse (postérieure) ...	140.3
frein de la lèvre.....	140.4
voir aussi Lèvres, mélanome malin	
luette	145.4
maxillaire inférieur	170.1
maxillaire supérieur	170.0
muqueuse cavité buccale.....	145.0
nasopharynx	147.9
nerfs crâniens	192.9
oropharynx	
amygdale	146.0
carrefour pharyngo-laryngé	146.9
face linguale de l'épiglotte	146.9
fosse amygdalienne	146.9
paroi latérale	146.9
paroi postérieure	146.9
piliers de l'amygdale	146.9
vallécule	146.9
palais	
dur	145.2
mou	145.3
pharynx.....	149.0
plancher de la bouche	
antérieur	144.1
latéral.....	144.1
sans précision	144.9
région rétromolaire	
siège non précisé (SAI).....	195.9
tubérosité du maxillaire	145.6
zone rétromolaire de la mandibule	145.6
SAI (voir siège non précisé)	

Tumeurs malignes - suite		Tumeur de nature non précisée - suite	
sillon gingivo-buccal		face	239.8
inférieur	145.1	gencive	239.0
supérieur	145.1	inférieure	239.0
sillon gingivo-labial		supérieure	239.0
inférieur	145.1	glandes salivaires	239.0
supérieur	145.1	accessoire	239.0
sinus (voir ce mot)		parotide	239.0
tissus odontogènes	170.0, 170.1	principale	239.0
Tumeurs malignes secondaires		sous-maxillaire	239.0
appareil respiratoire et digestif	197.8	sublinguale	239.0
disséminées	199.0	lèvre	239.0
ganglions lymphatiques	196.0	commissure	239.0
os et moelle osseuse	198.5	maxillaire inférieur	239.2
Tumeur In-Situ		maxillaire supérieur	239.2
cavité buccale	230.0	SAI (voir siège non précisé)	
muqueuse	230.0	Siège non précisé (SAI)	239.8
face	232.9	tissus mous de la bouche	239.0
gencive	230.0	Turner, dent hypoplasique de	520.4
inférieure	230.0		
supérieure	230.0		
glandes salivaires	230.0		
accessoire	230.0		
parotide	230.0		
principale	230.0		
sous-maxillaire	230.0		
sublinguale	230.0		
lèvre	230.0		
commissure	230.0		
SAI (voir siège non précisé)			
siège non précisé (SAI)	234.8		
Tumeur Evolution imprévisible			
cavité buccale	235.1		
muqueuse	235.1		
face	238.8		
gencive	235.1		
inférieure	235.1		
supérieure	235.1		
glandes salivaires	235.0		
accessoire	235.1		
parotide	235.0		
principale	235.0		
sous-maxillaire	235.0		
sublinguale	235.0		
lèvre	235.1		
commissure	235.1		
maxillaire inférieur	238.0		
maxillaire supérieur	238.0		
SAI (voir siège non précisé)			
siège non précisé (SAI)	238.8		
Tumeur de nature non précisée			
cavité buccale	239.0		
muqueuse	239.0		

U

Ulcération(s) aphteuse(s).....	528.2
bouche	528.2
traumatique	
langue.....	529.0
Ulcération, Ulcère	
alvéole dentaire.....	526.5
bouche, buccal (traumatique).....	528.9
crête alvéolaire.....	526.5
gencives.....	523.8
langue (traumatique).....	529.0
lèvre buccale.....	528.5
palais.....	528.9
Uréoparotidite	135.9

V

Varicelliforme de Kaposi,	
pustulose.....	054.0
Variole	050.9
Végétations adénoïdes	
(voir Amygdales)	
Verruqueux	
xanthome.....	528.9
Vertige de Ménière	386.0
Vincent	
angine	101.9
gingivite.....	101.9
stomatite.....	101.9
Von Gierke, maladie	271.0

X

Xanthome verruqueux.....	528.9
Xérostomie.....	527.7

Z

Zona.....	053.9
-----------	-------

7. MANUELS ET FORMULAIRES

7.1 MANUELS

- # Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement au nouveau chirurgien buccal **œuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie une copie du manuel qui le concerne.

7.1.1 COMMANDE

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

7.1.2 MANUELS DANS INTERNET

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

7.2 FORMULAIRES

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

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

Le chirurgien buccal qui facture par support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1^{er} avril au 31 mars).

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

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

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

Qxxxxxx

Cxxxxxx

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

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

7.2.2 COMMANDE

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

7.2.3 FORMULAIRES DANS INTERNET

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

7.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

# Formulaires disponibles	Numéro
Formulaires relatifs à l'inscription	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Formulaires relatifs à la facturation	
Enveloppe pour demande de paiement	1292
Demande de paiement - Acte (voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte</i> , section 3)	1670
# Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte</i> , section 3.2.4.8)	1944
# Demande de remboursement des frais de déplacement	
# Demande de remboursement à la personne assurée (voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte</i> , section 3.4)	2076
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Formulaires relatifs à la facturation informatisée	
Description du système de facturation informatisée	2102
Demande d'accréditation	2404
Renseignements à fournir pour la facturation informatisée	2746
Mandat - Agence commerciale de traitement de données	2788
Autres formulaires	
Commande de formulaires	1491
Réclamation hors province pour services médicaux	2688
Demande de matériel de facturation pour dispensateur	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Changement d'adresses	3102
Demande d'autorisation (médicament ou patient d'exception)	3633