



MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 36
SEPTEMBRE 2005

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

TABLE DES MATIÈRES

Pages : [2](#), [3](#) et [5](#) à 7

ENTENTE

- Ajout de l'Annexe X

Page : [87](#)

PERSONNES ASSURÉES

- Modification à la description de la carte d'assurance maladie

Page : [1](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications administratives

Pages : [1](#) à 3, [8](#), [10](#), [15](#), [20](#) et [22](#)

- Ajout de modificateurs

Page : [21](#)

RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Modifications administratives

Pages : [20](#) et [30](#)

RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

- Modifications administratives

Pages : [11](#) et [14](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Mise à jour d'un titre

Page : [6](#)

- Modification des messages explicatifs

Pages : [13](#), [15](#) à 17

- Nouveau message explicatif

Page : [16](#)

MESURES INCITATIVES

- Correction aux renseignements complémentaires

Page : [10](#)

- Suppression de localités

Pages : [12](#) à 15

PAIEMENT MESURES INCITATIVES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Page : [5](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Amendement no 1 - Mise à jour de l'Annexe VI

Pages : [1](#) à 30

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 024/2005-05-26 et 048/2005-08-18.

LÉGENDE

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

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

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

TABLE DES MATIÈRES

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

TABLE DES MATIÈRES**Dentistes**

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

	<i>Page</i>
2. PERSONNES ASSURÉES	1
2.0 AVANT-PROPOS	1
2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRE DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT ET PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE	1
2.1.1 Carte d'assurance maladie	1
2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	1
# 2.1.3 Modèles de carte	2
2.1.4 Vérification de la carte (Validité)	4
2.2 PRESTATAIRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI	6
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE (n° 1670) ET DEMANDE DE PAIEMENT OU DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (n° 2076)	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>Formulaire n° 1670</i>)	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE	2
# 3.2.1 Identité de la personne assurée	2
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissi- bles aux services de chirurgie buccale	2
3.2.1.2 Prestataires du programme d'assistance emploi	3
3.2.2 Identité des professionnels	5
3.2.2.1 Dentiste traitant	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation	6
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et considéra- tion spéciale	7
3.2.3.1 Diagnostic principal	7
3.2.3.2 Renseignements complémentaires	7
3.2.3.3 Considération spéciale	8
3.2.4 Services	9
3.2.4.1 Date des services	9
3.2.4.2 Inscription des services	9
3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)	11
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable	12
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	13
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale	14
3.2.4.7 Document complémentaire (<i>Formulaire n° 1944</i>)	15
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus	16
3.2.6 Signature du dentiste ou de son mandataire	17
3.3 EXPÉDITION	17

TABLE DES MATIÈRES

Dentistes

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

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

	<i>Page</i>
7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
7.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement.....	5
7.5.3 Paiement refusé en partie.....	6
7.5.4 Paiement refusé en totalité.....	6
7.5.5 Demande de révision.....	6
7.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
7.7 CODES DE TRANSACTIONS	8
# 7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2004 - 2005)	9
MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE	11
7.9 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11
8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES.....	1
8.1 MODE DE PAIEMENT	1
8.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
8.3 FACTURATION INFORMATISÉE.....	1
8.3.1 Retour d'erreurs à l'agence	1
8.4 ÉTAT DE COMPTE	2
8.4.1 Description	3
8.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i>).....	3
8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 10a</i>).....	5
8.4.2 Vérification des paiements.....	5
8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT.....	5
8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement.....	5
8.5.3 Paiement refusé en partie.....	6
8.5.4 Paiement refusé en totalité.....	6
8.5.5 Annulation d'une demande de paiement	7
8.6 CODES DE TRANSACTIONS	8
# 8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2004 - 2005)	9
MESSAGES EXPLICATIFS - HONORAIRES FIXES	11
8.8 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11
9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE.....	1
9.1 MODE DE PAIEMENT	1
9.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
9.3 FACTURATION INFORMATISÉE.....	1
9.3.1 Retour d'erreurs à l'agence	1

	<i>Page</i>
9.4 ÉTAT DE COMPTE	2
9.4.1 Description.....	3
9.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i>)	3
9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 10a</i>)	5
9.4.2 Vérification des paiements	5
9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	5
9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
9.5.3 Paiement refusé en partie.....	6
9.5.4 Paiement refusé en totalité	6
9.5.5 Annulation d'une demande de paiement.....	7
9.6 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
# 9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2004 - 2005).....	9
MESSAGES EXPLICATIFS - TARIF HORAIRE	11
9.8 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11
10. MESURES INCITATIVES.....	1
10.0 AVANT-PROPOS	1
10.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (<i>Formulaire n° 3336</i>).....	2
10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT	4
10.3 EXPÉDITION	11
10.4 LISTE DES LOCALITÉS	12
11. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES	1
11.1 MODE DE PAIEMENT	1
11.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
11.3 ÉTAT DE COMPTE	2
11.3.1 Description.....	3
11.3.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9</i>)	3
11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 10a</i>).....	5
11.3.2 Vérification des paiements	5
11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	6
11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	6
11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement.....	6
11.4.3 Paiement refusé en partie.....	6
11.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
11.4.5 Modification d'une demande déjà payée.....	6
11.4.6 Annulation d'une demande de remboursement.....	7

TABLE DES MATIÈRES**Dentistes**

	<i>Page</i>
11.5 CODES DE TRANSACTIONS	8
MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES	9
11.6 MESSAGES EXPLICATIFS	9
12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	3
PRÉVENTION	5
RESTAURATION	6
# ENDODONTIE	10
# TRAITEMENT D'URGENCE	11
# CHIRURGIE	12
# PROTHÈSE ACRYLIQUE	27
# TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS	30
13. INDEX ALPHABÉTIQUE DES DIAGNOSTICS	1
INDEX ALPHABÉTIQUE	3
14. MANUELS ET FORMULAIRES	1
14.1 MANUELS	1
14.2 FORMULAIRES	1
14.3 LISTE DES FORMULAIRES	2

+

ANNEXE X**MONTANTS FORFAITAIRES COMPENSATOIRES PAYABLES
AUX DENTISTES RÉMUNÉRÉS À L'ACTE**

Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 août 2005, le dentiste reçoit des montants forfaitaires pour les services rendus visés à l'article 34.00 concernant l'intégration à l'entente des tarifs qui sont convenus entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec relativement à la chirurgie.

A) Versement de septembre 2005

Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005, le montant forfaitaire est égal à 2,0 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.

B) Versement au plus tard le 1^{er} mars 2006

Pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 août 2005, le montant forfaitaire est égal à 2,0 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.

Le paiement de la Régie au dentiste doit être accompagné d'un relevé indiquant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire selon les services visés qui ont été rendus au cours de la période.

La Régie doit également fournir aux parties, au plus tard 30 jours après le versement des forfaits, un fichier contenant le détail du calcul des forfaits payables à chaque dentiste, conformément aux modalités décrites.

Si le dentiste est décédé, les forfaits sont payables à sa succession ou à ses ayants droit. La Régie doit informer les parties de tout paiement qui lui est retourné pour quelque raison que ce soit.

Les montants forfaitaires prévus à la présente annexe ne sont pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

2. PERSONNES ASSURÉES

2.0 AVANT-PROPOS

A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

Toutes les personnes assurées sont admissibles aux services couverts par le programme de chirurgie buccale reçus dans un centre exploité par un établissement universitaire ou dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier 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 DENTAIRE DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT ET 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. Le numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Le 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. La date d'expiration de la carte
5. La date de naissance et le sexe de la personne assurée
6. Photographie/signature (facultatif - Voir 2.1.3)
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

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE (n° 1670) ET DEMANDE DE PAIEMENT OU DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (n° 2076)

3.0 AVANT-PROPOS

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

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

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

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

- # Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi le six janvier 2005 s'écrit 05-01-06.

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

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

La demande de paiement comporte sept sections :

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

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

Dentistes

3.2.1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

0000 ■

PRENOM ET NOM
À LA NÉCESSITÉ:
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU DU
SÉQUESTRÉ DE LA CARTE

DATE D'ANNIVERSAIRE

ADRESSE

INIT. NOM DU DENTISTE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

DAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

BENP 8203 0918

Pierre Bénéficiaire

2 0 0 6 0 3

82 03 09 M

ANNEE MOIS JOUR SEXE

CODE POSTAL

W 1 G 4 K 4

NUMÉRO

SON NUMÉRO

CODE DU DIAGNOSTIC
CARTES DENTAIRES

☐ 521.0

257 R0004

☐ V90.9

AUTRE C.S.

DATE D'ENTRÉE
ANNEE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE
ANNEE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie
Québec

DATE DES SERVICES
ANNEE MOIS JOUR

ACTE SECT. SURFACE RACE MODE UNITÉ HONORAIRES

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANAGERARE

TOTAL

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- le nom de l'époux (cette donnée est facultative);
- le numéro séquentiel de la carte;

2

3.2.1.2 Prestataires du programme d'assistance emploi

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 5804 1219		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		2 0 0 6 0 4		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE D'EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
DATE DE NAISSANCE 58 04 12 M		CODE POSTAL W 1 G 4 K 4		ACTE	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)		NOM DU DENTISTE		DENT	
RUE		NUMÉRO		SURFACE	
CONULATATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		MOISE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC 521.0		UNITES	
# 5432		AUTORISATION NUMÉRO		HONORAIRES	
ÉTAT NORMAL V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR			
AUTRE		C.S.			
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE			
CODE		ANNÉE MOIS JOUR			
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR			
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				TOTAL	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE					

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Dans tous les autres cas :

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

3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE (C.S.)

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES

ADRESSE CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC: CARIE DENTAIRE ☐ 521.0

EST NORMAL ☐ V90.9

AUTRE C.S. 5 2 0 6 A B

ÉTABLISSEMENT

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

DE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

SPÉCIMEN

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 être inscrit dans cette case 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 3.2.4.7.

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 (C.S.)

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 3.2.4.7 de cet onglet.

Remarque : Si le prestataire ne se présente pas pour la **mise en bouche** d'une prothèse acrylique, inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser la situation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Utilisez les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

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 7.5 sous l'onglet « Paiement à l'acte - Messages explicatifs ».

3.2.4 SERVICES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
0 5 0 4 1 8

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITÉS HONORAIRES
2 1 1 0 1 8 5 1 0 1 0 4 1 10 53

SPÉCIMEN

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 202 03/99

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR SEXE
EXPIRATION
CODE POSTAL
RUE
NOM DU DENTISTE
NUMÉRO
GROUPE
CONSULTATION DEMANDÉE PAR
SON NUMÉRO
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CODE DU DIAGNOSTIC
521.0
ÉTAT NORMAL
V90.9
AUTRE
C.S.
DATE
ANNÉE MOIS JOUR
ÉTABLISSEMENT
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE
TOTAL 10 53

Les actes pour lesquels le dentiste demande des honoraires figurent dans cette section

3.2.4.1 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 ou de remplacement de prothèses dentaires acryliques, 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 4.7;
- **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;

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Dentistes

- **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.

3.2.4.7 Document complémentaire (Formulaire n° 1944)

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

Régie de l'assurance maladie Québec		1	2	3	4
NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ		N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	
5		6		7	
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR	
DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE					
SPÉCIMEN 8					
EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE					

1944 292 02/09

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille du dentiste ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : numéro d'inscription du dentiste;
- 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 des services 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 dentiste 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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

DATE DE NAISSANCE

EXPIRATION

DATE DES SERVICES

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES

ADRESSE

CODE POSTAL

INIT. NOM DU DENTISTE NUMERO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMERO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

CARTE DENTISTE

ETAT NORMAL

ALTRE

C.S.

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE

ANNÉE MOIS JOUR

0,2,4,3,3 0,5,0,4,1,9 0,5,0,4,1,9

SPÉCIMEN

E CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

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.

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste

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

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

- remplir et signer la partie du haut du formulaire** en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie et de l'adresse qui seront inscrits par la personne assurée).
Le dentiste doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres), de même que le diagnostic qui peut être inscrit en clair ou codé (voir l'onglet "Diagnostics" du manuel des dentistes).
- remettre** à la personne assurée
 - . l'exemplaire de la Régie
 - . la copie de la personne assurée
 - . une enveloppe-réponse
- conserver** la copie du dentiste (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).

Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet «Rédaction de la demande de paiement».

.....

Rappel

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

- la personne assurée :
 - . est âgée de moins d'un an
 - . requiert des soins urgents
 - . est hospitalisée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y recevoir des soins prolongés
 - . à cause de circonstances prévues par règlement

3.5 ANNEXES

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

ANNEXE I : LISTE DES RÔLES

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

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Dentistes

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 posés sous anesthésie générale sont rémunérés à quatre-vingt-un pour cent (81 %) du tarif établi 041

CHIRURGIE

RÈGLE D'APPLICATION 6.3

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

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

RÈGLE D'APPLICATION 6.4

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

RÈGLE D'APPLICATION 6.6

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

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

RÈGLE D'APPLICATION 6.7

Lorsque pour une même fracture une réduction fermée est suivie d'une réduction ouverte, la première est rémunérée à 50 % de la prestation payable pour cette réduction fermée 046

RÈGLE D'APPLICATION 6.8

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

- # RÈGLE D'APPLICATION 6.27

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

AUTRES SITUATIONS

- # Sites anatomiques différents **093**
 (Le modificateur 093 s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés)
- # Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte et qu'aucun modificateur multiple ne s'applique **099**
 (Inscrire les modificateurs visés dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES)

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

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

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
#	045 - 093	631	0,5000
#	050 - 093	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.

Utilisez les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

B : - Refacturation après annulation ou refus de paiement.

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

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

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

- Prestataire 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'hébergement et de longue durée pour y recevoir des soins prolongés.

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

- Prestataire 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.

4.6 SECTEURS DE DISPENSATION**S'applique dans tout centre, sauf en CLSC**

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

4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

JOUR FÉRIÉ	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Journée nationale des Patriotes	19 mai 03	24 mai 04	23 mai 05
Fête nationale du Québec	24 juin 03	24 juin 04	24 juin 05
Fête du Canada	1 ^{er} juillet 03	1 ^{er} juillet 04	1 ^{er} juillet 05
Fête du travail	1 ^{er} septembre 03	6 septembre 04	5 septembre 05
Action de Grâces	13 octobre 03	11 octobre 04	10 octobre 05
Veille de Noël	24 décembre 03	24 décembre 04	23 décembre 05
Fête de Noël	25 décembre 03	27 décembre 04	26 décembre 05
Lendemain de Noël	26 décembre 03	28 décembre 04	27 décembre 05
Veille du Jour de l'An	31 décembre 03	31 décembre 04	30 décembre 05
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 04	3 janvier 05	2 janvier 06
Lendemain du Jour de l'An	2 janvier 04	4 janvier 05	3 janvier 06
Vendredi Saint	9 avril 04	25 mars 05	14 avril 06
Lundi de Pâques	12 avril 04	28 mars 05	17 avril 06

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

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

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

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

(En vertu de l'article 5.04 de l'Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).

1988 292 04/04

4.10.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement

Ce formulaire comprend **huit** parties.

1. PROFESSIONNEL : Inscrire le prénom usuel, le nom de famille, et le numéro d'inscription à la régie.
2. MODE DE RÉMUNÉRATION : Spécifier si la rémunération est à tarif horaire, à l'acte ou à l'unité.
- # 3. DÉPLACEMENT : Inscrire la localité du lieu habituel de travail, la date et l'heure de départ, la localité d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée, le nom complet de l'établissement visité ainsi que le numéro de l'établissement.
- # 4. FRAIS DE DÉPLACEMENT : Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.
- # 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT : Inscrire le temps consacré à ce déplacement si celui-ci s'applique selon l'Entente. Inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant calculé à 100 %.
- # 6. Inscrire le moyen de transport utilisé, la date, le détail de ce déplacement particulier ainsi que le montant associé au moyen de transport.
- # 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS : Inscrire la somme des montants réclamés.
- # 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : Autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- # 9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL : Le formulaire **doit être signé à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date est également très importante.**

Remarque : Dans le but d'accélérer le traitement et d'éviter le refus de vos demandes de remboursement, il est impératif de vous conformer aux instructions suivantes :

- Produire **l'original des pièces justificatives** (au lieu d'une copie). Celles-ci vous seront retournées sur demande.
- Vous assurer que **chacune des pièces** justificatives que vous avez obtenues soit **datée et signée**.
- Indiquer le point de **départ** et de **destination** sur la pièce qui justifie un déplacement.
- Fournir les pièces justificatives lors de l'utilisation d'une automobile louée, notamment les reçus d'essence **de la première et de la dernière journée de location**, s'ils ne sont pas déjà inclus dans le contrat de location.
- Il n'est plus nécessaire de fournir de reçus pour justifier l'utilisation de votre voiture personnelle.
- Utiliser **un** formulaire **par destination**.

PARTIE 10 (suite)

Le nombre de kilomètres facturé est la distance **unidirectionnelle** du déplacement. Cette distance se calcule du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement visité.

Remarque : Lorsque le dentiste désire réclamer des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation de son automobile ou lorsqu'une description plus détaillée des déplacements effectués est requise, utiliser le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (Voir la partie 5.7 du présent onglet).

PARTIE 11**Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par le dentiste dont le nom paraît à la partie supérieure ou par son mandataire.

PARTIE 12**Attestation de l'établissement**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par un signataire autorisé par l'établissement dont le nom paraît à la partie supérieure.

5.3 EXPÉDITION

Au moment d'expédier les demandes de paiement à la Régie, **le représentant de l'établissement doit conserver sa copie et le dentiste la sienne**, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

Placer les copies destinées à la Régie dans les enveloppes spécialement fournies à cet effet et les envoyer après chaque période à laquelle s'applique la demande de paiement. Toujours s'assurer que les envois sont suffisamment affranchis et inscrire les nom et adresse de retour dans le coin supérieur gauche de l'enveloppe.

5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

Voir sous l'onglet « Rémunération à l'acte » à la section 3.2.4.7.

5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS

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

Services dentaires en centre (établissement)

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

Santé publique

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

Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord

- 017030** Services cliniques
- 017032** Rencontres multidisciplinaires
- 017092** Temps de déplacement (entre l'établissement principal et les points de service), d'installation et autres services
- 017098** Services de santé durant le délai de carence

5.6 SECTEURS DE DISPENSATION**S'applique dans tout centre, sauf en CLSC**

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

5.7 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (Formulaire n° 1988)

(En vertu de l'article 5.04 de l'Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord)

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement. Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement #1200 ou le #1606 pour le mode SLE.					
Professionnel					
PRÉNOM	NOM	NO DU PROFESSIONNEL			
Déplacement					
LOCALITÉ DE DÉPART	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE				
LOCALITÉ D'ARRIVÉE	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE				
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ		NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT			
Frais de déplacement					
Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.		TEMPS DE DÉPLACEMENT	NBRE D'HEURES FACTURÉES	Taux Horaire	MONTANT (CALCULÉ À 100%)
			X		
MOYENS DE TRANSPORT					
DATE ANNÉE MOIS JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS		MONTANT	
	Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	Taux		
		X			
NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.				MONTANT TOTAL DES FRAIS	
Renseignements complémentaires					
Signature du professionnel					
Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pendant les heures qui ont servi à mon déplacement.		SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		DATE	
À L'USAGE DE LA RÉGIE					
1988 292 04/04					
COPIE DE LA RÉGIE					

5.7.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement

Ce formulaire comprend **huit** parties.

1. PROFESSIONNEL : Inscrire le prénom usuel, le nom de famille, et le numéro d'inscription à la régie.
2. MODE DE RÉMUNÉRATION : Spécifier si la rémunération est à tarif horaire, à l'acte ou à l'unité.
- # 3. DÉPLACEMENT : Inscrire la localité du lieu habituel de travail, la date et l'heure de départ, la localité d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée, le nom complet de l'établissement visité ainsi que le numéro de l'établissement.
- # 4. FRAIS DE DÉPLACEMENT : Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.
- # 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT : Inscrire le temps consacré à ce déplacement si celui-ci s'applique selon l'Entente. Inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant calculé à 100 %.
- # 6. Inscrire le moyen de transport utilisé, la date, le détail de ce déplacement particulier ainsi que le montant associé au moyen de transport.
- # 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS : Inscrire la somme des montants réclamés.
- # 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : Autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- # 9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL : Le formulaire **doit être signé à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date est également très importante.**

Remarque : Dans le but d'accélérer le traitement et d'éviter le refus de vos demandes de remboursement, il est impératif de vous conformer aux instructions suivantes :

- Produire **l'original des pièces justificatives** (au lieu d'une copie). Celles-ci vous seront retournées sur demande.
- Vous assurer que **chacune des pièces** justificatives que vous avez obtenues soit **datée et signée**.
- Indiquer le point de **départ** et de **destination** sur la pièce qui justifie un déplacement.
- Fournir les pièces justificatives lors de l'utilisation d'une automobile louée, notamment les reçus d'essence **de la première et de la dernière journée de location**, s'ils ne sont pas déjà inclus dans le contrat de location.
- Il n'est plus nécessaire de fournir de reçus pour justifier l'utilisation de votre voiture personnelle.
- Utiliser **un** formulaire **par destination**.

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

- 1a.** NO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- # **2a.** DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : 050616 i.e. 05 pour 2005, 06 pour juin et 16 pour le quantième.
- 3a.** ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.
- 4a.** PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom.
- 5a.** CODE : Numéro référant à la nature de la transaction (TRA) et/ou à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir **7.9**)
- 6a.** MONTANT PAYÉ : Montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

7.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée

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

7.4.2 Vérification des paiements

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

7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

7.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

7.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **7.7**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **7.9**).

Le dentiste qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision** (voir **7.5.4b**).

7.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir **7.9**). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

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

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

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

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

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir **7.7**) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

7.5.5 Demande de révision

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

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

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

- 203** Selon nos dossiers, votre type de permis de pratique régulier limité ne vous permet pas de facturer ce code d'acte.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 207** Pour recevoir paiement pour des services rendus à des québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance technique peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 216** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI où il est spécifié que seul un pédodontiste a droit au montant forfaitaire.
- 223** Votre statut de résident en médecine dentaire ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 232** Veuillez vous conformer à l'avis énoncé sous la règle d'application 4.5.1. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 250** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas identifié sur la demande de paiement. Voir la section 3.2.2.2, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ne figure pas à nos fichiers. Voir la section 3.2.2.2, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».
- # 256** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI qui stipule que seul un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste ou un médecin est habilité à référer un enfant de moins de dix ans à un pédodontiste.
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation est 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.
- 309** Date des services absente, illisible, incomplète, impossible ou il y a plus d'une date.
- 311** Date de naissance de la personne assurée postérieure à la date des services rendus.
- 312** Date des services postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.

- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter ces renseignements :
- La lettre « **B** » doit être inscrite dans la case C.S.
 - Le numéro d'identification de la demande de paiement initiale refusée ainsi que la date de l'état de compte sur lequel elle figurait doivent être inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 320** Date des services impossible. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** Date des services absente, illisible ou incomplète.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 323** Paiement refusé en raison du non respect du délai entre la date de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, et la date des services.
- 324** Date d'autorisation absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 355** En fonction du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé, une seule unité est payable au cours d'une même séance.
- 360** Code d'acte absent. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Acte non assuré à la date du service.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.

- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 041 (réf. : Règle d'application 1.4).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 6.6).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 6.2; règle d'application 6.3 depuis le 1^{er} avril 2003).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 6.2; règle d'application 6.3 depuis le 1^{er} avril 2003).
- 395** Acte soumis à l'application du modificateur 043 (réf. : Règle d'application 3.6).
- # **396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 6.27).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 6.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 6.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 6.4).
- 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** Honoraires rectifiés pour correspondre au maximum prévu à la règle d'application 4.5.1.
- 413** En fonction de la nature ou du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 414** Acte déjà payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- 420** Selon sa nature ou son libellé, cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 423** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 6.20).

- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 435** Le code d'acte est non payable en raison du dépassement du maximum permis à la règle d'application 1.4 ou 1.10.
- 437** Conformément à la règle d'application 4.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base 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 sa règle d'application, 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. : Section 2.2, sous l'onglet « Personnes assurées »).
- 446** Acte incompatible avec celui indiqué (réf. : Règle d'application 5.4).
- 447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 5.4).
- # **449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.8.1).
- # **451** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.24).
- # **452** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.25).
- # **453** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.26).
- 454** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.9).
- 455** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.10).
- 456** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.17).
- 457** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.19).
- 458** Acte modifié pour celui indiqué en référence (Règle d'application 6.11).
- 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 6.1).
- 461** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.3).
- 462** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.14).
- 463** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.21).
- 464** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.23).
- 465** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.13).
- 466** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.15).
- 467** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.16).
- 468** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.13).
- 469** Selon la règle d'application 6.22, cet acte ne peut être payé.
- 470** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.6).
- 471** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.5).
- 472** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.10).
- 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 (réf. : Règle d'application 4.10).
- # **480** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.23, 6.24, 6.25 ou 6.26).
- 481** Acte modifié (Règle d'application 6.10 ou 6.11) ou inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.9, 6.17 ou 6.19).
- 482** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 2.6, 6.1, 6.3 (abolie depuis le 1^{er} avril 2003), 6.14, 6.21 ou 6.23).

- 483** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.13, 6.15 ou 6.16).
- 484** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 4.13 ou 6.22).
- 485** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.6, 4.10, 4.11 ou 6.5).
- 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 7.1).
- 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).
- 492** En raison de la Règle d'application 2.6.
- 493** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 5.5).
- 494** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 4.2).
- 495** Le coiffage de pulpe indirect n'est pas payable (réf. : Règle d'application 5.1).
- 496** Ce code d'acte ne peut être payé si le protocole opératoire n'accompagne pas la demande de paiement (réf. : Règle d'application 6.17).
- 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.
- 500** Le numéro de dent étant absent ou non acceptable, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour le code d'acte indiqué sur l'état de compte.
- 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.
- 510** Le numéro de dent est incompatible avec l'âge de la personne assurée selon le guide d'urgence dentaire.

DÉMANÈGEMENT																																		
NOM					PRÉNOM					NO DU PROFESSIONNEL																								
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT										NO DE L'ÉTABLISSEMENT					DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR																			
ENDROIT DE PRATIQUER					DU LOCALITÉ					CODE DE LOCALITÉ																								
RESSOUCEMENT ET PERFECTIONNEMENT																																		
JOUR	01				02				03				04				05				06				07				PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR					
QUANTIÈME															AU																			
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)																																		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)															MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORAITAIRE																			
PRIME D'ÉLOIGNEMENT																																		
PÉRIODE DU	ANNEE	MOIS			JOUR			ANNEE	MOIS			JOUR			☐ AVEC DÉPENDANTS			☐ SANS DÉPENDANTS			MONTANT RÉCLAMÉ													
DÉMENAGEMENT																																		
DATE DU DÉMENAGEMENT					LOCALITÉ DE DÉPART										CODE DE LOCALITÉ																			
ANNEE MOIS JOUR																																		
					LOCALITÉ D'ARRIVÉE										CODE DE LOCALITÉ					MONTANT RÉCLAMÉ														
					FRAIS D'ENTREPOSAGE					PÉRIODE DU					ANNEE MOIS JOUR					AU					ANNEE MOIS JOUR					MONTANT RÉCLAMÉ				
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclame) ➔ DATE															ANNEE MOIS JOUR					MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)					MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)									
SORTIE																																		
PÉRIODE DU	ANNEE	MOIS			JOUR			ANNEE	MOIS			JOUR			NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE					N.B.: Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lieu des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires"														
DÉPLACEMENT																																		
TYPES DE MESURE	DATE				Moyen de TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTOS)	LOCALITE DE DÉPART				LOCALITÉ D'ARRIVÉE				MONTANT RÉCLAMÉ																			
ANNEE MOIS JOUR																																		
2				2 0 0 2 0 8 0 6				1				1270				Ferment				Montréal				635 ^{\$} /00										
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement,															1= Auto, 3= Taxi, 2= Avion, 4=Autres										TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ➔ 635 ^{\$} /00									
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																																		
UNTEL., Louis conjoint																																		
UNTEL., Jules 1989-03-07 fils																																		

N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL					SIGNATURE					DATE ANNÉE MOIS JOUR				
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.					<i>Marie Untel</i>									

PARTIE 6**Déplacement**

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, une sortie ou un déménagement.

- Type de mesure :

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :

- 1 = ressourcement ou perfectionnement
- 2 = sortie
- 3 = déménagement

Remarque : Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de perfectionnement, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la partie « 7. Renseignements complémentaires » qu'il s'agit de perfectionnement.

- Date :

Date du déplacement (année/mois/jour)

- Moyen de transport :

Moyen de transport utilisé :

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

- Nombre de km (auto) :

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

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

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

- Inscrire également si les montants d'allocation forfaitaire et les frais de déplacement sont réclamés en relation avec des congés de perfectionnement.

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

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

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

10.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

10.4 LISTE DES LOCALITÉS

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

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

Dentistes

10. MESURES INCITATIVES

L'Île-d'Anticosti	69701	Lac-Vacher (Sept-Rivières-Canapiscou)	69892
L'Isle-Verte	60826	Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle)	64398
La Corne	68420	Lac-Walker (Sept-Rivières-Canapiscou)	69795
La Martre	60309	Laforce	68312
La Morandière	68450	Landrienne	68419
La Motte	68421	Latulipe-et-Gaboury	68309
La Pocatière	61038	Launay	68434
La Rédemption	60529	Laverlochère	68318
La Reine	68467	Le Bic	60750
La Romaine (Réserve indienne)	69781	Lebel-sur-Quévillon	69809
La Sarre	68463	Lejeune (Témiscouata)	60931
La Trinité-des-Monts	60713	Les Bergeronnes	69741
Labrecque	69459	Les Escoumins	69738
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle)	64397	# Les Îles-de-la-Madeleine	60103
Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	Les Méchins	60603
Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	Listuguj (Restigouche)	60482
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord)	69797	Longue-Pointe	69705
Lac-au-Saumon	60512	Lorrainville	68316
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle)	64797	Macamic	68451
Lac-Boisbouscache (Les Basques)	60798	Malartic	68405
Lac-Casault (La Matapédia)	60591	Maliotenam (Réserve indienne)	69786
Lac-Chicobi (Abitibi)	68488	Maria	60429
Lac-de-la-Bidière (Berthier)	64993	Marsoui	60311
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine Labelle)	65892	Matagami et Joutel	69811
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle)	64795	# Matane	60608
Lac-des-Aigles	60714	Matapédia	60448
Lac-des-Cinq (Centre-de-la-Mauricie)	63299	Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis)	60793	Matimekosh - Lac-John (Réserve indienne)	69882
Lac-Despinassy (Abitibi)	68495	McWatters	68323
Lac-Douaire (Montcalm)	66196	Métis-sur-Mer	60629
Lac-du-Cerf	67611	Mingan (Réserve indienne)	69784
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest)	68499	# Mistissini	69825
Lac-Ernest (Antoine-Labelle)	67693	Moffet	68321
Lac-Fouillac (Vallée-de-l'Or)	68496	Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399
Lac-Granet (Témiscamingue)	68390	Mont-Alexandre (Pabok)	60298
Lac-Huron (Rimouski-Neigette)	60795	Montbeillard	68339
Lac-Jérôme (Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent)	69793	Mont-Carmel	61006
Lac-Juillet (Sept-Rivières-Canapiscou)	69891	Mont-Joli	60721
Lac-Masketsi (Mékinac)	63292	Mont-Laurier	67640
Lac-Matapédia	60597	Mont-Lebel	60728
Lac-Montanier (Rouyn-Noranda)	68494	Mont-Saint-Michel	67649
Lac-Nigaut (Pontiac)	68091	Mont-Saint-Pierre	60306
Lac-Nominingue	67620	Murdochville	60301
Lac-Normand (Mékinac)	63298	Natashquan	69702
Lac-Oscar (Antoine-Labelle)	65893	Nédelec	68329
Lac-Pythonga (La Vallée-de-la-Gatineau)	68090	Némiscau (Nemaska)	69830
Lac-Saguay	67631	New Carlisle	60418
Lac-Saint-Paul	67648	New Richmond	60426
Lac-Simon (Réserve indienne)	68481	Normétal	68474
Lac-Surimau (Rouyn-Noranda)	68487	Notre-Dame-de-Pontmain	67612
		Notre-Dame-des-Neiges-des-Trois-Pistoles	60819
		Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838
		Notre-Dame-du-Lac	60910
		Notre-Dame-du-Laus	67602
		Notre-Dame-du-Nord	68326
		Notre-Dame-du-Portage	60836

10. MESURES INCITATIVES

Dentistes

Nouvelle	60438	Rivière-Saint-Jean	69707
Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	Rivière-Saint-Jean	
Packington	60902	(Côte-de-Gaspé)	60299
Padoue	60541	Rivière-Vaseuse	60592
Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	Rochebaucourt	68453
Palmarolle	68454	Rollet	68327
Paspébiac	60412	Roquemaure	68446
Percé	60220	Routhierville (La Matapédia)	60494
Petite-Vallée	60249	Rouyn-Noranda	68338
Petit-Lac-Sainte-Anne		Ruisseau-des-Mineurs	
(Kamouraska)	61094	(La Matapédia)	60697
Petit-Matane	60619	Ruisseau-Ferguson (Avignon)	60497
Petit-Mécatina (Côte-Nord-		Sacré-Coeur (La Haute-	
du-Golfe-Saint-Laurent)	69791	Côte-Nord)	69743
Picard (Kamouraska)	61092	Saint-Adelme	60606
Pikogan (Réserve indienne)	68484	Saint-Alexandre (Kamouraska)	61011
Pohénégamook	61003	Saint-Alexandre-des-Lacs	
Pointe-à-la-Croix	60443	(La Matapédia)	60510
Pointe-au-Père	60736	Saint-Alexis-de-Matapédia	
Pointe-aux-Outardes	69725	(Avignon)	60449
Pointe-Lebel	69723	Saint-Alphonse (Bonaventure)	60424
Port-Cartier	69717	Saint-Anaclet-de-Lessard	60724
Port-Daniel-Gascons	60401	Saint-André (Kamouraska)	61024
# Portneuf-sur-Mer	69732	Saint-André-de-Restigouche	60446
Poste-de-la-Baleine		Saint-Antoine	60818
(Whapmagoostoo)	69845	Saint-Arsène	60828
Pouliaries	68439	Saint-Athanase (Témiscouata)	61002
Preissac	68427	Saint-Bruno-de-Guigues	68319
Price	60636	Saint-Bruno-de-Kamouraska	61004
Puvirnituk (Baie-d'Hudson)	69895	Saint-Charles-Garnier	60703
Quaqtaq (Baie-d'Ungava)	69868	Saint-Clément	60808
Ragueneau	69724	Saint-Cléophas (La Matapédia)	60528
Rapide-Danseur	68447	# Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup)	60802
Rapide-des-Cèdres		Saint-Damase (Matapédia)	60539
(Rouyn-Noranda)	68391	Saint-Denis (Kamouraska)	61032
Rémigny	68330	Saint-Dominique-du-Rosaire	68433
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or)	68095	Saint-Donat (La Mitis)	60722
Rimouski	60739	Saint-Edouard-de-Fabre	68302
Ristigouche, Partie Sud-Est	60444	Saint-Éloi (Les Basques)	60822
Rivière-à-Claude	60308	Saint-Elzéar (Bonaventure)	60416
Rivière-au-Tonnerre	69708	Saint-Elzéar (Témiscouata)	60924
Rivière-aux-Outardes		Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup)	60814
(Manicouagan)	69796	Saint-Eugène-de-Guigues	68322
Rivière-Bleue	60915	Saint-Eugène-de-Ladrière	60753
Rivière-Bonaventure	60495	Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912
Rivière-Bonjour (Matane)	60698	Saint-Fabien	
Rivière-du-Loup	60834	(Rimouski-Neigette)	60751
Rivière-Héva	68417	Saint-Félix-de-Dalquier	68431
Rivière-Kipawa (Témiscamingue)	68393	Saint-François-d'Assise (Avignon)	60451
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk)	69896	Saint-François-Xavier-	
Rivière-Mouchalagane (Sept-		des-Hauteurs	60701
Rivières-Caniapiscau	69799	Saint-François-Xavier-de-Viger	60809
# Rivière-Nipississ (Sept-Rivières-		Saint-Gabriel (La Mitis)	60709
Caniapiscau)	69794	Saint-Gabriel-Lalement	61008
Rivière-Nouvelle (Avignon)	60499	Saint-Georges-de-Cacouna	60831
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest)	68489	Saint-Germain (Kamouraska)	61028
Rivière-Ouelle	61034	Saint-Godefroi (Bonaventure)	60408
Rivière-Patapédia-Est		Saint-Guy (Les Basques)	60716
(La Matapédia)	60792	Saint-Honoré (Témiscouata)	60929
Rivière-Rouge	67618	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup)	60804

Dentistes

10. MESURES INCITATIVES

Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane)	60604	Sainte-Hélène (Kamouraska)	61014
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806	Sainte-Hélène-de-Mancebourg . .	68456
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata)	60903	Sainte-Irène (La Matapédia)	60526
Saint-Joseph-de-Clericy	68435	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia) .	60538
Saint-Joseph-de-Kamouraska . . .	61012	# Sainte-Luce-Luceville	60734
# Saint-Joseph-de-Lepage	60718	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine	60302
Saint-Juste-du-Lac	60908	Sainte-Marguerite (Matapédia) . .	60501
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) . .	68469	Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742
Saint-Léandre (Matane)	60609	Sainte-Paule (Matane)	60610
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)	60518	Sainte-Rita (Les Basques)	60801
Saint-Louis-du-Ha-Ha	60922	Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216
Saint-Marc-de-Figuery	68422	Salluit	69875
Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	Sayabec	60530
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette)	60711	Schefferville	69801
Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	Senneterre	68409
Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	Sept-Îles	69711
Saint-Maxime-du-Mont-Louis . . .	60304	Shigawake	60406
Saint-Médard (Les Basques) . . .	60729	Sullivan	68410
Saint-Michel-du-Squatec	60918	Tadoussac	69744
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) .	60816	Taschereau	68436
Saint-Moïse (La Matapédia) . . .	60534	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles) . . .	69862
Saint-Narcisse-de-Rimouski . . .	60712	Témiscaming	68301
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est)	69456	Témiscaming (rés. indienne) . . .	68389
Saint-Noël (La Matapédia)	60536	Trécesson	68432
Saint-Norbert-de-Mont-Brun . . .	68437	Trois-Pistoles	60821
Saint-Octave-de-Métis	60631	Umiujaq (Baie-d'Hudson)	69847
Saint-Onésime-d'Ixworth	61009	Val d'Or	68403
Saint-Pacôme (Kamouraska) . . .	61020	Val-Brillant	60524
Saint-Pascal	61018	Val-Saint-Gilles	68471
Saint-Paul-de-la-Croix	60812	Val-Senneville	68401
# Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton	69736	Vassan	68423
Saint-Philippe-de-Néri	61019	Ville-Marie	68304
Saint-Pierre-de-Lamy	60930	Waskaganish (Fort-Rupert)	69885
Saint-Raphaël-d'Albertville	60508	Waswanipi (Terre Réservée) . . .	69880
Saint-René-de-Matane	60613	Waswanipi (Village Cri)	69810
Saint-Siméon (Bonaventure) . . .	60421	Wemindji (Village Cri)	69840
Saint-Simon (Les Basques)	60754	Whapmagoostui (Réserve indienne)	69888
Saint-Tharcisius (La Matapédia) .	60509	Whitworth (Réserve indienne) . .	60882
Saint-Ulric	60624	Winneway	68388
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)	60746		
Saint-Vianney (La Matapédia) . .	60521		
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui	60519		
Sainte-Angèle-de-Méridi	60706		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière . . .	61036		
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle .	60312		
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle)	67650		
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette)	60726		
Sainte-Félicité (Matane)	60618		
Sainte-Flavie (La Mistis)	60731		
Sainte-Florence (La Matapédia) . .	60502		
Sainte-Françoise (Les Basques) . .	60811		
Sainte-Germaine-Boulé	68441		
Sainte-Gertrude-Manneville	68425		

11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction
(Parties 1a à 10a)

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.
- # **2a.** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : 050122 i.e. 05 pour l'année 2005, 01 pour janvier et 22 pour le quantième.
- 3a.** CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA) (voir **11.5**)
- 4a.** NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- Type de mesure, soit :
- déménagement
prime d'éloignement
ressourcement
sortie
- Élément de mesure, soit :
- allocation forfaitaire
autres frais
demande d'avances
déménagement
déplacement
prime d'éloignement
frais d'entreposage
rémunération
- 5a.** TEMPS PAYÉ : Le nombre d'heures (H), ou de journées (J), ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a.** RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

11.3.2 Vérification des paiements

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

11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

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

11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement

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

11.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** (voir **11.5**) et du code de message explicatif approprié (voir **11.7**).

Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de remboursement doit lui présenter une **demande de révision (formulaire n° 1549)**.

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

Les demandes de révision doivent être adressées à l'adresse indiquée sur le formulaire.

11.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas,

faire une demande de révision s'il y a lieu de contester la décision de la Régie et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises.

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

11.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le dentiste qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 intitulé « DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATIONS ».

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

RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

1.2 Le dentiste peut soumettre une demande de considération spéciale :

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

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

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

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

1.4 Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à quatre-vingt-un pour cent (81 %) du tarif établi. Lorsque cette règle s'applique, le dentiste a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 175 \$ par personne assurée comme frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. Ce montant est applicable une seule fois par période de cent quatre-vingt (180) jours pour une même personne assurée.

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

- Par « tous les actes d'obturation et d'endodontie » l'on doit entendre les services sur les dents permanentes aussi bien que sur les dents primaires.

- Veuillez utiliser le modificateur 041; ce modificateur s'applique sur chacun des actes de restauration ou d'endodontie sous anesthésie générale.

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

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

Inscrire le numéro de la clinique privée d'anesthésie générale dans la case **ÉTABLISSEMENT**. La liste des cliniques se trouve à l'annexe VII de l'onglet « Rémunération à l'acte ».

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

(inférieur droit)

(supérieur gauche)

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

(inférieur gauche)

Dents primaires

(supérieur droit)

55	54	53	52	51
85	84	83	82	81

(inférieur droit)

(supérieur gauche)

61	62	63	64	65
71	72	73	74	75

(inférieur gauche)

Dent surnuméraire

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

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

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 pour déplacement en urgence

1.8 Un supplément est payé au dentiste pour un déplacement entre 21 h et 8 h, ainsi que le samedi, le dimanche et les jours fériés ci-après énumérés, lorsqu'il doit se déplacer pour dispenser un service immédiatement requis.

+ Sont fériés les jours suivants :

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

Un supplément est également payé pour un acte posé à domicile ou dans un établissement lorsque le dentiste doit se déplacer pour dispenser un service dentaire immédiatement requis.

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

94405 Supplément pour déplacement en urgence. 34,50

AVIS : *Inscrire le code d'établissement ou de localité dans la case ÉTABLISSEMENT et le jour férié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si un jour de congé férié survient durant le week-end, la date de célébration retenue par votre établissement peut être différente de celle fixée par la Régie. Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Voir le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés à la section 4.7 de l'onglet « Rémunération à honoraires fixes » .*

Frais pour déplacement en urgence

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

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

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

94500 De huit à quarante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre 0,72

94510 Au-delà de quarante kilomètres C.S.

+ Renvoi à un pédodontiste

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

94600 Renvoi à un pédodontiste 35,00

AVIS : *L'identité du professionnel référant doit figurer sur la demande de paiement. Ce code d'acte doit être facturé la même journée qu'un acte de traitement curatif (actes de restauration, d'endodontie ou de chirurgie).*

DIAGNOSTIC

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

L'examen

2.2 L'examen est l'analyse de l'état bucco-dentaire d'une personne assurée par un dentiste, comprenant :

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

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

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

Examen d'urgence

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

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

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

01300	Examen d'urgence	19,25
--------------	----------------------------	-------

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 »).*

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

Consultation

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

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

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

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

93200 Consultation 39,50

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

Radiographie

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

PRÉVENTION

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

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

Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale

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

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

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

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

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

Nettoyage des dents

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

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

11200 Nettoyage des dents 11,50

Détartrage

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

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

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

43500 Détartrage 37,75

Application topique de fluorure

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

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

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

12400 Application topique de fluorure 4,75

RESTAURATION

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

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

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

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

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

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

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

Restauration sur dent antérieure

AVIS : Voir la règle d'application 4.2.

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

Régulier	Code Spécifique			Numéro de surface		
21231 21231	21911 21911	Amalgame	Classe I	incisive linguale	89. . . . 92. . . .	23,50 23,50
21232 21232	21912 21912		Classe III	mésiale distale	90. . . . 91. . . .	33,75 33,75
23101 23101	23901 23901	Matériau esthétique	Classe I	incisive linguale	89. . . . 92. . . .	36,75 36,75
23103 23103	23903 23903		Classe III	mésiale distale	90. . . . 91. . . .	42,25 42,25
23104 23104	23904 23904		Classe IV	mésiale distale	95. . . . 96. . . .	76,25 76,25
23102 23102	23902 23902		Classe V	buccale linguale	93. . . . 94. . . .	36,75 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

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

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

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

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

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

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

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

AVIS : 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). Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

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

En amalgame

Molaire primaire

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

code régulier	code 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	13,00
21212	– deux surfaces	33,00
21213	– trois surfaces	42,75
21214	– quatre surfaces	60,25
21215	– cinq surfaces	80,50

Molaire permanente

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

En matériau esthétique

4.11 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	22,00
23302	deux surfaces	53,00

Tenon par restauration

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

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

Couronne préfabriquée

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

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

Matériau esthétique

Code régulier **Code spécifique**

27421	27921	sur antérieure primaire	66,00
--------------	--------------	-----------------------------------	-------

Métallique

Code régulier **Code spécifique**

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

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

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

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 ans. Ces services sont également considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

Pansement sédatif

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

31111	Pansement sédatif	24,75
--------------	-----------------------------	-------

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

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

Endodontie sur dent primaire

Pulpotomie sur dent primaire

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

Code régulier Code spécifique

32211 32911 Pulpotomie sur dent primaire 42,00

Pulpectomie sur dent primaire

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

Code régulier Code spécifique

32310 32910 Pulpectomie sur dent primaire 39,00

Endodontie sur dent permanente

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

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.

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

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

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

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

33999 Traitement de canal partiel sur dent permanente 49,75

TRAITEMENT D'URGENCE

39910 Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire. 20,75

CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

+ Forfait pour chirurgie complexe

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

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

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

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

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

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

Ablation de dent

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

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

Ablation simple de dent

(non sujet à la règle d'application 6.4)

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

Ablation complexe de dent

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

72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	47,00
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	72,75
72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	106,00

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

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

Ablation de racine

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

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

Ablation simple de racine dentaire

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

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

Ablation complexe de racine dentaire

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

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

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

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

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

72412	avec appareil de traction	286,00
72411	sans appareil de traction	123,50

Incision ou drainage d'un abcès

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

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

Traitement des ostéites

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****Ablation et curetage de kyste ou de granulome intra-osseux nécessitant au préalable l'exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture**

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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

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

Biopsie

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

	tissu osseux	
+ 04311	par ponction	26,00
+ 04312	par incision	95,00
	tissu mou	
+ 04301	par ponction	18,75
+ 04302	par incision	29,00
+ 04330	biopsie cervicale par voie externe	93,25

Ablation de tumeur

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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

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

partielle

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

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

partielle

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

Chirurgie préprothétique

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

Abaissement total du plancher de la bouche

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

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

- 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).	772,00
+ 73203	une séance (avec greffe épidermique).	772,00
+ 73204	plus d'une séance (avec greffe muqueuse)	866,00
+ 73205	plus d'une séance (avec greffe épidermique)	866,00

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****Extension des replis muqueux**

avec greffe muqueuse

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

+ 73421	3 cm et moins	137,00
+ 73422	plus de 3 cm à 6 cm	214,00
+ 73423	plus de 6 cm à 9 cm	274,00
+ 73424	plus de 9 cm	369,00

avec greffe épidermique

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

+ 73401	3 cm et moins	118,00
+ 73402	plus de 3 cm à 6 cm	186,00
+ 73403	plus de 6 cm à 9 cm	253,00
+ 73404	plus de 9 cm	340,00

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

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

+ 73371	3 cm et moins	297,00
+ 73372	plus de 3 cm à 6 cm	335,00
+ 73373	plus de 6 cm à 9 cm	393,00
+ 73374	plus de 9 cm	478,00

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

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

+ 73381	3 cm et moins	77,50
+ 73382	plus de 3 cm à 6 cm	118,00
+ 73383	plus de 6 cm à 9 cm	177,00
+ 73384	plus de 9 cm	258,00

+ 77505	ablation des apophyses géni	137,00
---------	-----------------------------	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

+ 73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale).	168,00
---------	--	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

+ 73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale).	215,00
---------	---	--------

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

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

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

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

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

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

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

Alvéolectomie

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

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

Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstitution de la tubérosité)

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

Alvéoloplastie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ablation de torus

+ 73133	maxillaire bilatéral	132,00
+ 73134	mandibulaire unilatéral	112,00

Traitement des glandes salivaires

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

Fermeture de communication bucco-sinusale

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

+ 79306	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accolement ou glissement des muqueuses)	84,50
---------	--	-------

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

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

Frénectomie

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

Gingivectomie

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

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

Gingivectomie

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

Operculectomie

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

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

Contrôle d'hémorragie

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

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

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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

réparation d'une lacération de part en part

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

+ 76960	1 cm et moins	72,50
+ 76961	plus de 1 cm à 3 cm	84,50
+ 76962	plus de 3 cm à 6 cm	132,00

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

+ 76963	plus de 6 cm à 9 cm.	177,00
+ 76964	plus de 9 cm à 12 cm.	224,00
+ 76965	plus de 12 cm à 15 cm.	270,00
+ 76966	plus de 15 cm à 18 cm.	325,00
+ 76967	plus de 18 cm à 21 cm.	373,00
+ 76968	plus de 21 cm.	439,00

Intervention sur le trijumeau

+ 79208	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur	393,00
+ 79203	Avulsion d'une branche du trijumeau	139,00
+ 79204	Transposition et décompression neurale	234,00

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

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

Fissure palatine

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

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

+ 74224	Partielle	215,00
+ 74226	Totale	413,00
+ 77860	Glossectomie	92,00

Grefe osseuse

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

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

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

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

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

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

Réduction de fracture

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

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

Arcade zygomatique

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

Arcade zygomatique et/ou os malaire

+ 76623	par voie sinusale	391,00
+ 76622	par voie sinusale et ostéosynthèse zygomatiko-frontale et/ou tige intra-osseuse	583,00
+ 76621	par ostéosynthèse frontale seulement	391,00

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

Nez

-----	sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)	
+ 76503	réduction simple	87,00
+ 76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses	199,00

Maxillaire

	Le Fort I (demi ou complet)	
+ 76310	réduction fermée	156,00
+ 76312	réduction ouverte	284,00

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF		Dentistes
+ 76410	Le Fort II (demi ou complet) réduction fermée (unique ou multiple)	235,00
+ 76420	réduction ouverte unilatérale	400,00
+ 76430	bilatérale	584,00
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprenant l'intervention sur les tissus palpé- braux)	
+ 76511	unilatérale	400,00
+ 76512	bilatérale	584,00
+ 76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture.	118,00
+ 76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	235,00
+ 76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert.	400,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
+ 76413	unilatérale	400,00
+ 76414	bilatérale	584,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
+ 76421	unilatérale	543,00
+ 76431	bilatérale	728,00
	Le Fort III	
+ 76810	réduction fermée	411,00
-----	réduction ouverte (prestation incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance)	
+ 79050	Lambeau bicornal	250,00
+ 76551	Réduction de l'os frontal	425,00
+ 76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse)	200,00
	Mandibulaire	
+ 76210	réduction fermée (unique ou multiple)	304,00
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
+ 76221	approche intra-orale	545,00
+ 76222	approche extra-orale	545,00
+ 76223	approches intra et extra-orales	824,00
	deux sites :	
+ 76231	approche intra-orale	726,00
+ 76232	approche extra-orale	726,00
+ 76233	approches intra et extra-orales	1 091,00
	<u>AVIS :</u> <i>Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Aucun autre code d'acte ne doit y être fac- turé.</i>	
	trois sites et plus :	
+ 76241	approche intra-orale	851,00
+ 76242	approche extra-orale	851,00
+ 76243	approches intra et extra-orales	1 275,00
	<u>AVIS :</u> <i>Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Aucun autre code d'acte ne doit y être fac- turé.</i>	
+ 76260	Condyle (réduction ouverte)	426,00

Orbite

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

	Plancher	
+ 76520	par voie sinusale	400,00
+ 76510	par voie externe	301,00
+ 76530	avec plastie	447,00
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
+ 76521	latérale	400,00
+ 76522	médiane	400,00
+ 76523	supérieure	447,00

Os alvéolaire

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

+ 76911	3 cm et moins	36,25
+ 76912	plus de 3 cm à 6 cm	48,75
+ 76913	plus de 6 cm	58,25
+ 76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	93,00
+ 76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	187,00
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 voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

Mise en place et ablation d'attelle osseuse

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

Mise en place d'attelle osseuse	
+	intra ou péri-osseuse (à l'exclusion de l'ostéosynthèse), par attelle (tige ou fil pour suspension péri-crânienne)
+ 76135	maxillaire (maximum 4). 59,50
+ 76136	mandibulaire (maximum 3). 59,50
	mise en place d'une plaque de reconstruction
+ 76154	3 à 6 cm 300,00
+ 76156	plus de 6 cm 500,00
+ 76115	prothèse acrylique ou « cap splint », attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire). 99,75
+ 76104	arche (une ou plusieurs par maxillaire). 99,75
+ 76192	appareil péri-crânien 99,75
Ablation d'attelle osseuse	
+	intra ou péri-osseuse : par attelle (tige, fil ou vis pour suspension péri-crânienne et/ou appareil péri-crânien)
+ 79984	maxillaire (maximum 4). 36,25
+ 79985	mandibulaire (maximum 3). 36,25
+ 79986	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire). 23,50
+ 79987	arche (une ou plusieurs par maxillaire). 23,50
+ 79989	broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) 118,00
Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire	
	Luxation
+ 78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire. 34,75
+ 78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire. 50,50
+ 78200	Ménisectomie totale 306,00
+ 78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus) 400,00
+ 78300	Condylectomie radicale (résection au col). 600,00
+ 78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle 612,00
77160	Ablation de l'apophyse coronoïde 308,00
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire
+ 78600	médication intra-articulaire incluant la substance 60,00
+ 78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire). 150,00
Arthroscopie	
+ 78401	Arthroscopie diagnostique (lyse et lavage) 300,00
+ 78410	Arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée). 450,00
Ostéotomie	
Le maximum rémunérable est de 3 ostéotomies par maxillaire y compris les ostéotomies inter-dentaires	
	Mandibulaire
+ 77121	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale) 634,00

Dentistes

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

+ 77451	segmentaire (unilatérale)	634,00
+ 77422	segmentaire antérieur	634,00
+ 77440	segmentaire préprothétique.	417,00
Maxillaire		
+ 77310	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	953,00
+ 77411	segmentaire (unilatérale)	634,00
+ 77412	segmentaire antérieur	634,00
+ 77400	segmentaire préprothétique.	662,00
+ 77720	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur)	128,00
77320	Le Fort II	C.S.
77325	Le Fort III	C.S.
+ 77315	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale)	337,00
+ 77305	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort)	953,00
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	192,00
+ 77611	à la mandibule	192,00
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.	79,00
Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)		
+ 77452	repositionnement bilatéral	468,00
+ 77453	diminution	351,00

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

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

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

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

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

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

A) CONFECTION

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

Complète

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 7.3.*

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.*

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

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

Complète

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

Partielle

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

30 Les services dentaires assurés

(Depuis le 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)	P.A.E.	P.A.E.
# Périodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré

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

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

*** Centre hospitalier ou établissement universitaire.

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