



MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 40
AVRIL 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

INTRODUCTION

- Modification d'ordre administratif
Page : [2](#)

TABLE DES MATIÈRES

- Modification d'ordre administratif
Page : [2](#)

ENTENTE CADRE

- Modification à l'article 2 de l'Entente cadre selon l'Amendement n° 1
Page : [1](#)

ENTENTE

- Modification selon l'Amendement n° 1 au paragraphe 19.03
Pages : [17](#) et [18](#)

ENTENTES PARTICULIÈRES

- Modification selon l'Amendement n° 1
Pages : [1](#) et [5](#)
- Définition de Google Maps Canada comme outil de calcul des distances
Page : [6](#)

PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

Page : [1](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Le numéro de compte administratif passe à 5 chiffres

Page : [5](#)

- Actualisation des exemples

Pages : [9](#), [11](#) à 16 et [18](#)

RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Intégration des jours fériés 2009-2010

Page : [20](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) à 3

- Ajout et modification de messages explicatifs

Pages : [12](#), [15](#), [19](#), [20](#) et [22](#)

PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications d'ordre administratif

Page : [3](#)

PAIEMENT À TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification d'ordre administratif

Page : [3](#)

- Modification du message explicatif 412

Page : [14](#)

PAIEMENT MESURES INCITATIVES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout et modification de messages explicatifs

Pages : [11](#), [12](#) et [16](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) et [2](#)

- Nouveaux tarifs

Pages : [3](#) à [8](#), [10](#) à [13](#), [16](#) à [18](#), [22](#) à [24](#), [28](#), [31](#) et [32](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif

Page : [2](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 032/2008-05-30, 079/2008-08-28 et 197/2009-02-20.

LÉGENDE

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

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

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

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

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

- Québec : 418 528-7763

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX/ MMMM 20AA / ZZ

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier

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

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

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

- **99** indique une modification d'ordre administratif
(ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);

- **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.

- **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente cadre.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
ENTENTE CADRE.	1
ENTENTE.	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.	20
CHAPITRE VII Différend et arbitrage.	20
CHAPITRE VIII Comité paritaire.	24
CHAPITRE IX Comité spécial.	24
CHAPITRE X Modifications à l'entente.	25
CHAPITRE XI Consultations.	25
CHAPITRE XII Annexes et intégration à l'entente.	26
CHAPITRE XIII Renouvellement.	26
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	81
ANNEXE VII	
Conditions d'application du tarif	81
ANNEXE VIII	
Mesures incitatives pour favoriser la répartition des dentistes	82
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE L'ANNEXE VIII DE L'ENTENTE MSSS - ACDQ	90
ANNEXE IX	
Concernant le versement de divers montants forfaitaires	91
ANNEXE X	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte	94
ANNEXE XI	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte	95
ANNEXE XII	
Concernant le versement de divers montants forfaitaires	96
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 (<i>abrogée Amendement No 2</i>)	5
Lettre d'entente n ^o 8	6
Lettre d'entente n ^o 9	8
# Lettre d'entente n ^o 10	8
# Lettre d'entente no 11	9
ENTENTES PARTICULIÈRES	
Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord	1
Annexe à l'entente particulière	7

ENTENTE CADRE

ENTRE LE

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET

L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

CONCERNANT LE RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La présente Entente cadre remplace l'Accord-cadre intervenu le 19 mars 2003 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec ainsi que les amendements n^o 1 et n^o 2 à l'Accord-cadre intervenus respectivement le 25 août 2005 et le 30 août 2006 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

1. L'Entente est remplacée par l'Entente ci-jointe.
- + 2. Les annexes II, V, VI, VII et VIII sont remplacées par celles ci-jointes et l'Annexe XII est introduite. Les annexes I, III, IV, IX, X et XI sont reconduites.
3. L'Entente particulière relative aux dentistes œuvrant dans les établissements du Nord est remplacée par la suivante.
4. Les lettres d'entente n^o 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 et 9 sont reconduites et les lettres d'entente n^o 10 et 11 sont introduites.
5. Les accords n^o 1, 3, 5, 7, 8 et 9 sont reconduits et l'Accord n^o 10 est introduit.
6. La présente Entente cadre prend effet le 1^{er} juin 2008, à l'exception de l'article 1.00 de l'Annexe V qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006 et de l'Annexe VI, laquelle prend effet aux dates indiquées à celle-ci.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 20^e jour de juin 2008

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des services sociaux

SERGE LANGLOIS

Président
Association des chirurgiens
dentistes du Québec

18.00 FACTURATION

18.01 Un dentiste fait parvenir ses relevés d'honoraires à la Régie, pas plus d'une (1) fois la semaine et au moins une (1) fois le mois.

Cette facturation se fait sur les formules prescrites fournies par la Régie.

Le défaut pour un dentiste rémunéré à honoraires fixes de fournir à la Régie un relevé d'honoraires pour une période donnée, à l'exception d'une période au cours de laquelle un dentiste est en congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à l'annexe V, entraîne, pour la durée de cette période, l'interruption de l'accumulation du service au sens de l'annexe V de la présente Entente et l'application du paragraphe 4.13 de la même annexe, à moins que le dentiste ne démontre à la Régie qu'il a été dans l'impossibilité de le produire.

AVIS : *Il est important de faire parvenir à la Régie une demande de paiement pour les services rendus afin de ne pas interrompre l'accumulation du service.*

Un relevé d'honoraires relatif au mode du tarif horaire ou des honoraires fixes doit être contresigné par l'établissement avant d'être transmis à la Régie. Advenant le refus de l'établissement de contresigner un relevé d'honoraires, le dentiste peut loger un différend pour obtenir paiement.

18.02 Un dentiste n'est tenu de fournir à la Régie que les seuls renseignements et documents dont elle a besoin pour apprécier un relevé d'honoraires.

La Régie peut faire toute enquête ou inspection sur les matières qui sont de sa compétence en vertu de la Loi ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, selon le cas, ou en vertu de l'entente.

19.00 PAIEMENT - REMBOURSEMENT

19.01 Un relevé d'honoraires est payé par la Régie s'il est dûment complété, savoir qu'il porte les renseignements requis.

Ces renseignements consistent limitativement en les mentions prévues selon la formule de relevé d'honoraires appropriée.

Tout relevé d'honoraires qui n'est pas payé par la Régie du fait qu'il omet l'énoncé d'un renseignement requis doit faire l'objet d'un avis d'annulation au dentiste indiquant le renseignement omis; dans tel cas le dentiste soumet un nouveau relevé d'honoraires.

19.02 Un relevé d'honoraires est apprécié par la Régie après son paiement. À cette fin, la Régie peut requérir les renseignements et documents exigibles en vertu de la Loi ou de la présente entente.

Advenant un différend, le régime de la preuve quant au relevé d'honoraires en litige n'est pas modifié.

+ **19.03** Selon la formule fournie par la Régie aux fins de recevoir tout versement, le paiement des honoraires est fait au dentiste ou au tiers qu'il autorise, soit :

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

La Régie y procède par versement bancaire au compte du dentiste ou du tiers qu'il autorise ou lorsque le dentiste en fait la demande, par chèque.

Ce versement est réalisé dans un délai maximal de trois (3) jours ouvrables après la date de paiement. Tout autre mode de paiement peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

AVIS : *Pour adhérer au paiement par dépôt direct, veuillez remplir le formulaire n° 2914 (voir onglet « Manuels et Formulaires »).*

19.04 La Régie obtient, selon le mode de la compensation, remboursement d'un paiement qu'elle a effectué sur un relevé d'honoraires et auquel elle prétend que le dentiste n'a pas droit en vertu de la Loi ou de l'entente.

Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent également au relevé d'honoraires pour lequel le dentiste n'a pas, dans les soixante (60) jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements qu'elle peut requérir en vertu de la Loi ou de l'entente.

19.05 Lors d'un remboursement, la Régie informe le dentiste au moyen d'un avis qui identifie le relevé d'honoraires en cause et énonce les motifs au soutien de sa décision.

Dans le cas où la décision de la Régie suit une recommandation du Comité de révision, la Régie informe le dentiste de sa décision, motifs à l'appui, en lui transmettant, en outre, copie de la recommandation du Comité de révision.

19.06 La Régie apprécie un relevé d'honoraires que lui soumet un dentiste et, le cas échéant, obtient les renseignements et documents qu'elle peut requérir en vertu de la Loi ou de l'entente, avant d'effectuer le paiement des honoraires réclamés, dans les circonstances suivantes:

- a) le dentiste a cessé d'être détenteur d'un permis de l'Ordre des dentistes du Québec;
- b) le dentiste est devenu désengagé ou non-participant;
- c) la Régie est d'avis qu'un nombre important de relevés portent sur des services qui ne sont pas assurés ou qu'il n'a pas fournis;
- d) le dentiste est décédé;
- e) les honoraires du dentiste font l'objet d'une saisie;
- f) en ce qui concerne les honoraires dus avant la date de la faillite, dans le cas d'un dentiste qui est en faillite;
- g) le dentiste a quitté le Québec ou la Régie est informée qu'il s'apprête à s'établir en dehors du Québec.

En pareil cas, un relevé d'honoraires est acquitté dès compensation de tout montant pour lequel la Régie entend obtenir remboursement en vertu du paragraphe 19.04.

ENTENTES PARTICULIÈRES**ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX DENTISTES
OEUVRANT DANS DES ÉTABLISSEMENTS DU NORD****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE**

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des dentistes qui œuvrent dans ou auprès des établissements suivants:

- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Kuujuaq)
- Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (Chisasibi)
- Centre de santé Inuulitsivik (Purvirnituk)
- Centre de santé de la Basse Côte Nord (Lourdes de Blanc Sablon)
- Centre de santé de la Minganie (Hâvre St-Pierre)
- Centre de santé de Radisson
- Centre de santé de l'Hématite (Fermont)
- + - CLSC Naskapi (Kawawachikamach)
ou l'un de leurs points de service.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec s'applique aux dentistes œuvrant dans ou auprès des établissements susmentionnés sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Le dentiste œuvrant dans ou auprès des établissements susmentionnés est rémunéré en exclusivité selon les honoraires fixes ou le tarif horaire.

AVIS : *Pour ces deux modes de rémunération, les services rendus doivent être identifiés selon les codes d'activités suivants.*

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

4.00 CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU DENTISTE PERMANENT

4.01 La rémunération selon les honoraires fixes ou le tarif horaire s'applique en exclusivité à tout dentiste qui œuvre sur une base permanente dans ou auprès d'un des établissements susmentionnés.

Lors de sa nomination, le dentiste choisit le mode de rémunération, soit à honoraires fixes, soit au tarif horaire. La nomination est attestée par un avis de service que l'établissement transmet à la Régie.

AVIS : *Le formulaire AVIS DE SERVICE - RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE - HONORAIRES FIXES (n° 3755) est prévu à cet effet.*

Le choix du mode de rémunération ne peut être modifié qu'une seule fois par le dentiste pendant la période continue de l'exercice de sa profession auprès de l'établissement.

4.02 Cette rémunération est basée sur les taux suivants :

HONORAIRES FIXES		
Expérience *	08-06-01 au 09-03-31 \$	À compter du 09-04-01 \$
Moins d'un (1) an	129 399	131 987
Un (1) an et moins de deux (2) ans	133 105	135 768
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	140 518	143 329
Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	145 343	148 250
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	150 233	153 238
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	155 351	158 458
Six (6) ans et plus	160 637	163 850

* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique

4.08 Le dentiste permanent œuvrant dans ou auprès d'un des établissements de la présente entente particulière doit être l'objet d'une nomination pour une période minimale d'un (1) an. Cette nomination est sujette au processus de nomination prévu à l'article 10.00 de l'entente.

4.09 Le dentiste permanent qui ne désire pas renouveler sa nomination dans ou auprès d'un des établissements de la présente entente particulière doit en aviser le conseil d'administration au moins 60 jours avant le renouvellement de cette nomination.

AVIS : *Les cas de renouvellement ne sont pas sujets à l'autorisation du Ministre.*

+ 4.A.00 NOMINATION ANNUELLE D'UNE DURÉE DE SIX MOIS RÉPARTIS SUR UNE PÉRIODE CONTINUE OU DES PÉRIODES DISCONTINUES

- + a) Le dentiste qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département ou du service dentaire ou de la personne qui le remplace, une nomination d'une durée de six (6) mois répartis sur une période continue ou des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées. Pour chaque période discontinue, la période minimale de travail est d'un mois.
- b) Le dentiste bénéficie par année, des dispositions de l'Annexe VIII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'éloignement ou d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 4.A.00 a) de la présente entente particulière.
- c) Le dentiste bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 4.05 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

AVIS : *L'établissement doit utiliser l'avis de service « Rémunération à tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes » (n°3755), cocher la case DEMI-TEMPS EN PÉRIODE CONTINUE OU EN PÉRIODES DISCONTINUES dans la section TYPE DE NOMINATION, cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE Dentistes travaillant dans les établissements du Nord et remplir l'information pour Tarif horaire dans la section Conditions d'exercice et de rémunération.*

5.00 CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU DENTISTE REMPLAÇANT

5.01 Le dentiste remplaçant, dans ou auprès des établissements susmentionnés, c'est-à-dire celui dont les services sont retenus temporairement en remplacement d'un dentiste permanent absent, ne peut être rémunéré que selon les conditions ci-après déterminées.

5.02 A Sous réserve du paragraphe 5.02B, lorsque le remplacement prévu est de moins de six (6) mois, le dentiste remplaçant est obligatoirement rémunéré selon le mode du tarif horaire à un taux fixe correspondant au 1er échelon de l'entente particulière soit 98,23 \$ au 1^{er} juin 2008 et 100,20 \$ au 1^{er} avril 2009 à raison d'un maximum de trente-cinq (35) heures par semaine. Les paragraphes 4.05, 4.06 et 4.07 s'appliquent à ce dentiste.

5.02 B Le temps de déplacement du dentiste remplaçant pour se rendre au lieu d'embauche en début de contrat et son retour est payé selon le taux horaire de 77,55 \$ à compter du 1^{er} juin 2008 et de 79,10 \$ à compter de 1^{er} avril 2009.

Le temps de déplacement est payé jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par trajet.

Le temps de déplacement du dentiste n'est pas pris en compte dans l'établissement du nombre d'heures maximum par semaine.

On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le dentiste.

a) Transport aérien ou ferroviaire :

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'établissement et en revenir est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b) ci-dessous.

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus :

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km/hre}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies suivant l'outil privilégié par les parties négociantes qui en informent la Régie.

AVIS : *L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.*

5.03 Si le remplacement prévu couvre une période de six (6) mois ou plus, les conditions d'exercice et de rémunération du dentiste remplaçant sont celles prévues aux paragraphes 4.01, 4.02, 4.03, 4.05, 4.06 et 4.07. Le dentiste remplaçant a droit aux dispositions de l'article 4.04 de la présente entente particulière, sauf les frais de déménagement et les frais de ressourcement prévus à l'annexe VIII. De plus, s'il a choisi le mode des honoraires fixes, il n'a pas droit aux congés sans rémunération prévus à l'annexe V.

Cependant, si le remplacement prévu s'étend sur une période de plus d'un an, le dentiste remplaçant est admissible au ressourcement pour toute période excédant un an. L'accumulation de périodes de remplacement de moins de six mois ne donne pas droit aux dispositions du présent article.

5.04 Le dentiste remplaçant a droit aux frais de transport pour se rendre au lieu d'embauche en début de contrat et son retour en fin de contrat. Ces frais de transport sont remboursés par la Régie sur présentation de pièces justificatives.

5.05 La procédure relative aux autorisations de nominations prévues à l'article 10.01 de l'Entente ne s'applique pas dans le cas d'un dentiste remplaçant.

AVIS : *Les avis de nomination pour un remplacement ne sont pas sujets à l'autorisation du Ministre.*

6.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente entente particulière entre en vigueur le 1^{er} juin 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^e jour de juin 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des services sociaux

SERGE LANGLOIS
Présidente
Association des chirurgiens
dentistes du Québec

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 d'un programme d'aide financière de dernier recours sont admissibles au programme de services dentaires assurés reçus en cabinet privé, en établissement ou ailleurs.

2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT 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. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Prénom usuel et nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte
4. Date d'expiration de la carte
5. Date de naissance et 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 peuvent être présentés. Il est important de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés.

a) **AVEC PHOTO** et **SIGNATURE**

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

b) **SANS PHOTO** et **SANS SIGNATURE**

Cette carte est émise dans les cas suivants :

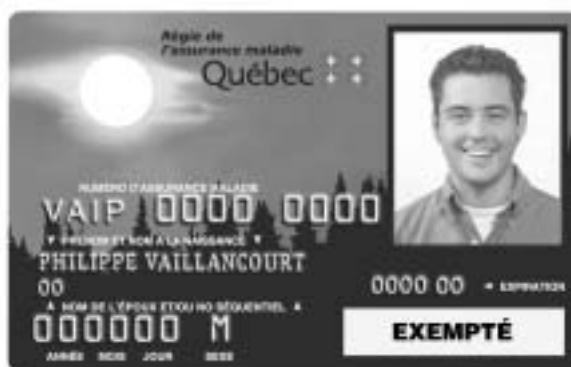
- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus
- Personne assurée hébergée en établissement
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour raison d'ordre médical

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

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

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

1- Vérification de la photo et la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée ».

2- Vérification de la date d'expiration**a) Si la date d'expiration est postérieure à la date des services**

Utiliser l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

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

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée » et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :****a) L'enfant est âgé de moins d'un an :**

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

3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS**3.2.2.1 Dentiste traitant**

Cette identité comporte les éléments suivants :

- INIT. : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU DENTISTE : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- # - GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres** est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un professionnel de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

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

L'identification du dentiste ne doit comporter aucune erreur.

3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

3.2.4 SERVICES

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;

Remarque : Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucune autre acte.

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.

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

Dans les cas suivants :

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

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

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

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

- 1 remplacement et une nouvelle prothèse;

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

MÉTHODE DE CALCUL

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

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

Exemple: $51120 = 1\ 120,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 560,00 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 560,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 560,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $560,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 280,00 \$$.

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

#	Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	560,00 \$
#	Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	280,00 \$
#	TOTAL du code d'acte 51120	840,00 \$

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

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

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

Instruction de facturation

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

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

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

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale
- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse
- 2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale
- Pour la facturation d'un remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse ou pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants :
 - 51121**, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
 - 52261**, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

Remarque : Dès l'instant où on remplace des prothèses de catégories différentes, on facture avec les codes respectifs de chaque catégorie.

- Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52250 ou 52251, 51100 avec 52251, 51111 avec 52240 ou 52241, 51110 avec 52241
- À la suite d'une chirurgie buccale, si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51121 ou 52261 doit être utilisé**. Inscrive les lettres « **A** » et « **R** » dans la case C.S. et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Dentistes

MÉTHODE DE CALCUL

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

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

Exemple : $51121 = 1\ 120,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 560,00 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 560,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 560,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $560,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 280,00 \$$.

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

#	Valeur de la prothèse suite à une chirurgie buccale payable à 100 % .	560,00 \$
#	Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	280,00 \$
#	TOTAL du code d'acte 51121	840,00 \$

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

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

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

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

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

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

1^{re} demande de paiement

#

2^e demande de paiement

#

À noter que l'exemple de facturation est présenté en fonction d'un rôle 4 (voir règle d'application 6.8).

3.2.4.8 Document complémentaire (Formulaire n° 1944)

- 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. Il doit servir uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

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

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

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

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

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

En cabinet, ne rien inscrire sauf pour les cliniques privées d'anesthésie générale (règle 1.4 du Tarif).

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	2007 / 2008	2008 / 2009	2009 / 2010
Journée nationale des Patriotes	21 mai 07	19 mai 08	18 mai 09
Fête nationale du Québec	25 juin 07	24 juin 08	24 juin 09
Fête du Canada	2 juillet 07	1 ^{er} juillet 08	1 ^{er} juillet 09
Fête du travail	3 sept. 07	1 ^{er} sept. 08	7 sept. 09
Action de grâces	8 octobre 07	13 octobre 08	12 octobre 09
Veille de Noël	24 déc. 07	24 déc. 08	24 déc. 09
Fête de Noël	25 déc. 07	25 déc. 08	25 déc. 09
Lendemain de Noël	26 déc. 07	26 déc. 08	28 déc. 09
Veille du Jour de l'An	31 déc. 07	31 déc. 08	31 déc. 09
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 08	1 ^{er} janvier 09	1 ^{er} janvier 10
Lendemain du Jour de l'An	2 janvier 08	2 janvier 09	4 janvier 10
Vendredi Saint	21 avril 08	10 avril 09	2 avril 10
Lundi de Pâques	24 avril 08	13 avril 09	5 avril 10

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 ».

7.4.1 Description

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

7.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et sommaire)

1. NOM : Nom et prénom du dentiste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du dentiste ainsi que son chiffre-preuve.
- # 3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT: Numéro du compte administratif du dentiste, s'il y a lieu.
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre « **V** ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La forme de réception est indiquée comme suit : la lettre « **P** » (papier) ou « **T** » (Internet, télécommunication ou disquette).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGE : Numérotation des pages de l'état de compte.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le dentiste ou par son mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

Sommaire

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

**Messages généraux
Paiements et retenues**

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

**Déductions cumulatives (cotisation A.C.D.Q.)
Description des codes de transactions (TRA)**

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

MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE**7.9 MESSAGES EXPLICATIFS**

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 101** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, incomplets, invalides ou illisibles.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 106** Le numéro d'assurance maladie est absent et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.. (Réf. : section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée, telle que fournie (Réf. : section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 109** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou la personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- 110** Carte d'assurance maladie expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Numéro d'assurance maladie absent et date de naissance postérieure à la date des services. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services et, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.
- 115** L'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **117** La personne n'est pas admissible au programme d'aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet « Personnes assurées »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 130** La personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- # **131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **133** Le prestataire n'est pas admissible aux services dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- # **142** La carte d'assurance maladie de la personne assurée est annulée à la date de service selon l'information disponible à la RAMQ.
- 160** Le code d'acte est non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou une perte, ces services doivent être facturés sous le code d'acte 51120 ou 52260, et le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif. Voir l'onglet « Rémunération à l'acte, point 3.2.4.3 » pour les instructions de facturation simultanée de deux prothèses, et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être facturés lorsque des services concernant les deux maxillaires sont en cause à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car les informations apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire d'autorisation sont incompatibles avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 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 d'un programme d'aide financière de dernier recours 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** Ce code d'acte a déjà été 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.
- 434** Vous devez joindre les pièces justificatives demandées conformément à l'avis relié au code d'acte facturé.
- 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).

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

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

- 849** Selon l'article 17.03 de l'entente, la rémunération à l'acte n'est pas applicable pour un dentiste nommé dans un établissement pour oeuvrer en santé publique ou dans un centre local de services communautaires. Il doit être rémunéré soit à honoraires fixes, soit au tarif horaire.
- 850** Selon l'article 3.01 de l'entente particulière des établissements du Nord, le dentiste oeuvrant dans les établissements visés par cette entente particulière est exclusivement rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement mutilée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support magnétique ou télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 912** Le numéro d'autorisation et la date de cette autorisation doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin lors de la facturation d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse dentaire acrylique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 935** Le coût de ces services relève de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- 936** Ce service n'est pas assuré en vertu du Règlement de la sécurité du revenu.

- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une expertise professionnelle.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel ne comporte pas sept chiffres ou est erroné (voir section 3.2.2 de l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 941** Le code de l'établissement ne comporte pas cinq chiffres (voir section 3.2.5 de l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 942** La date des services est absente, incomplète ou erronée (voir la section : Avant-propos, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- # **944** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande.
- 945** Un maximum de huit codes d'acte peut être inscrit sur la demande de paiement (voir section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et soumettre deux nouvelles demandes de paiement, s'il y a lieu.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié suite à une étude du service des Profils de pratique.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce qu'elle doit fournir les renseignements manquants.
- 969** En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature de l'acte, **la règle d'application**, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**, le code d'acte est non payable s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970** Le code d'acte est non payable ou inclus dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 971** Le code d'acte est non payable ou inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 980** Le code d'acte est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence, en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 982** Le code d'acte est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

8.4.1 Description

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

8.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et Sommaire)

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

Sommaire

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

**Messages généraux
Paielements et retenues**

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

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

Déductions cumulatives (Cotisation A.C.D.Q.)
Description des codes de transactions (TRA)

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

9.4.1 Description

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

9.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et Sommaire)

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

Sommaire

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

Messages généraux**Paievements et retenues**

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

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

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

Description des codes de transactions (TRA)

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

- 324** Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 326** Les données relatives à l'activité facturée soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées sont, absents, incomplets, non valides ou illisibles.
- 327** Le secteur de dispensation est invalide.
- 351** Selon vos notes explicatives, la description des services rendus ne correspond pas au code d'activité facturé.
- 352** Les notes explicatives présentées sont insuffisantes.
- 353** Les données inscrites ne sont pas conformes à votre Entente.
- 356** Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 361** Heure(s) coupée(s) afin d'obtenir un total divisible par trois (3).
- 363** Le nombre maximum de jours prévu à l'entente a été dépassé.
- 364** La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365** Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366** Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activités facturé.
- 367** Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 370** La plage horaire n'est pas indiquée.
- 371** Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372** Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.
- 373** Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- 374** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375** L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.

9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE

Dentistes

- 400** Sur la demande de paiement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 401** Sur la demande de remboursement de frais de déplacement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 402** La date d'arrivée à destination est absente et/ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.
- 403** L'heure d'arrivée à destination et/ou de départ sont absentes ou incompatibles avec les heures pour lesquelles le paiement de services professionnels est demandé.
- 404** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 405** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 407** Aucun avis de service avec l'établissement visité n'a été inscrit à votre dossier pour ce déplacement.
- 408** Aucun service et/ou aucun déplacement ne paraît sur la demande.
- 409** La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
- 410** Les frais de déplacement ne peuvent être reliés à aucun service rendu.
- 411** La distance et/ou le montant réclamé sont manquants sur la demande.
- # 412** Le montant de l'indemnité accordée résulte de la modification de la distance. Celle-ci est établie à l'aide de l'outil de mesure déterminé par les parties négociantes et seule la distance unidirectionnelle est prise en compte.
- 413** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 414** Le montant total des frais a été rectifié.
- 415** Ce déplacement a déjà été payé.
- 416** Les coûts du déplacement sont facturés en dehors de la période de début ou de fin d'emploi.
- 417** Aucun frais de déplacement n'ayant été accepté, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 418** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 419** Temps de déplacement rectifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 420** Temps de déplacement rectifié selon le mode de transport le plus adéquat.
- 421** Le temps de déplacement a été rectifié selon le nombre de kilomètres accepté.
- 422** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.

- 051** La date pour laquelle vous réclamez une demande d'avance est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 053** Les données relatives au déménagement, soit le lieu de départ ou le lieu d'arrivée ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
- 054** La période des frais d'entreposage est absente.
- 055** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est absent.
- 057** Aucun montant estimé de la demande d'avance n'est présent.
- 058** La date de début de la période de la sortie est postérieure à la date de fin de cette période.
- # 059** La date pour laquelle vous réclamez une sortie est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 060** Selon nos dossiers, les frais de sortie pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 062** Les données relatives à la sortie, soit le type de mesure ou le nombre de personnes ayant effectué la sortie sont absentes ou incomplètes.
- 063** La date du déplacement est non comprise dans la période du ressourcement ou du perfectionnement ou d'une sortie.
- 064** Le montant total réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 065** Le type de mesure pour lequel un déplacement a été réclamé est absent.
- 066** Les données relatives au déplacement, soit la date du déplacement ou le code de moyen de transport ou le montant réclamé sont absentes ou incomplètes.
- 067** Le type de mesure pour lequel d'autres frais sont réclamés est absent.
- 068** Le montant réclamé pour d'autres frais est non valide, incomplet, illisible ou absent.
- 069** La date du déménagement est absente de la demande de remboursement ou non acceptable.
- 070** Les frais pour lesquels vous demandez le remboursement ne peuvent vous être payés puisque la Régie n'assume que les frais de déménagement du professionnel qui s'installe dans une localité d'un secteur isolé.
- 071** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le remboursement vous sont payés sur une demande antérieure à celle-ci (numéro de demande en référence).
- 074** La rémunération n'est pas remboursable en vertu des mesures incitatives.
- 075** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés.
- 076** Les pièces justificatives reçues ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement.

- 077** L'allocation forfaitaire a été modifiée afin de correspondre à la valeur (1 ou 0.5) de la journée de rémunération réclamée.
- 078** Le montant de l'allocation forfaitaire a été modifié conformément à celui en vigueur à la date de la demande.
- 079** La période de la prime d'éloignement a été modifiée pour correspondre à un des trimestres.
- 081** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 084** La demande d'avance pour les frais de déménagement n'est pas autorisée pour votre catégorie de professionnel.
- 085** La distance et/ou le montant réclamés sont manquants sur la demande.
- # **086** La distance et le montant réclamés ont été modifiés afin de correspondre à la distance unidirectionnelle calculée selon l'outil de mesure déterminé par les parties négociantes.
- 087** Demande de remboursement modifiée selon les renseignements fournis.
- 088** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 089** Les pièces justificatives reçues pour les frais de ressourcement sont inacceptables. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 090** L'attestation de présence ou le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives (hôtel, restaurant...) n'ayant pas été produit, nous procédons à la récupération du montant versé.
- 091** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 092** Les frais de ressourcement réclamés ne peuvent être payés dans le territoire où vous exercez votre profession.
- 093** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 094** Les crédits de jours de ressourcement ou de perfectionnement sont épuisés.
- 095** Le montant de l'avance a été déduit du montant payé pour les frais de déménagement.
- 096** L'allocation forfaitaire et/ou les frais de déplacement sont refusés car seule la rémunération est remboursable dans le territoire où vous exercez votre profession.
- 097** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au séjour de ressourcement ou de perfectionnement ou le reçu d'inscription accompagné de pièces justificatives telles que (hôtel, restaurant...).
- 098** La rémunération pour le séjour de ressourcement ou de perfectionnement est refusée parce qu'elle a déjà été payée sur une demande de paiement à honoraires fixes.
- 099** L'allocation forfaitaire et/ou les frais de déplacement sont refusés car seule la rémunération est remboursable lorsque vous cessez d'exercer votre profession sur une base régulière dans les territoires déterminés.

- 143** Les pièces justificatives sont non conformes.
- 144** Les déplacements en taxi ne sont autorisés que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.
- 145** Veuillez nous faire parvenir l'original du billet d'avion et non la facture de l'agence de voyage.
- 146** Nous vous retournons les pièces justificatives sous pli séparé.
- 147** Veuillez nous faire parvenir un reçu de frais d'essence ou de stationnement attestant de l'utilisation d'une voiture.
- 148** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont conformes à l'entente.
- 150** Les frais de ressourcement ou de déménagement ne peuvent être remboursés (réf. : paragraphe 5.03 de l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 151** Les frais de sortie ne peuvent être remboursés parce qu'il n'y a pas eu de remplacement d'un collègue pour une période de 6 mois ou plus, (réf. : paragraphe 5.03 de l'Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 152** La prime d'éloignement ne peut pas vous être payée puisqu'il n'y a pas eu de remplacement d'un collègue pour une période de 10 mois ou plus et que selon l'Annexe VIII, la période nécessaire pour avoir droit à la prime d'éloignement n'a pas été complétée. (Réf. : paragraphe 5.03 de l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 153** Les frais de mesures incitatives réclamés selon l'Annexe VIII ne peuvent être remboursés. (Réf. : Accord n° 3).
- 154** Les frais de sortie ou le paiement de la prime d'éloignement ne peuvent être remboursés. (Réf. : Accord n° 3).
- 155** Les frais de mesures incitatives réclamés selon l'Annexe VIII ne peuvent être remboursés (Réf. : paragraphe 5.03 de l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 157** Les frais de sortie doivent être demandés par votre conjoint.
- 158** Les frais de sortie pour le dépendant doivent être demandés par votre conjoint.
- 159** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser le formulaire « Demande de remboursement des mesures incitatives » (n° 3336).
- 200** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 201** Révision en cours.
- 202** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de remboursement qui accompagnent votre demande de révision.
- 203** Rectification d'une demande de remboursement déjà payée.
- 204** Annulation d'une demande de remboursement déjà payée.

- 205** Annulation d'une rectification.
- 206** Rectification effectuée par suite de votre demande.
- 207** Rectification d'un paiement. Lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 208** Nous ne pouvons donner suite à votre demande de révision car les renseignements fournis sont incompatibles.
- 209** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 210** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 211** Lettre explicative suivra.
- 212** Votre demande de remboursement n'est pas complétée selon les instructions de facturation.
- 213** Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.
- 214** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 215** Demande de remboursement mutilée.
- 216** Demande de remboursement annulée à votre demande.
- 217** Rectification effectuée à la suite d'un changement de tarif.
- 218** Le montant total d'allocation forfaitaire a été rectifié selon le montant calculé par la Régie.
- 219** Le montant total de rémunération a été rectifié selon le montant calculé par la Régie.
- 220** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 221** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- # **222** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 227** Nous vous informons du maintien de la décision visée par votre demande de révision. Vous pouvez cependant en présenter une nouvelle, en indiquant que votre cas doit être soumis à votre association, s'il y a lieu.
- 250** Suite à l'évaluation de l'expertise médicale, la nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du programme de perfectionnement.
- 251** Le paiement des frais de ressourcement est refusé car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence au cours ou congrès de perfectionnement.
- 370** Récupération d'un remboursement versé à tort en raison d'une erreur de numéro de professionnel sur la demande de remboursement.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

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

RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

1.2 Le dentiste peut soumettre une demande de considération spéciale :

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

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

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

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

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

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

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

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

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

Dents permanentes

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

Dents primaires

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

Dent surnuméraire

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

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

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 grâces
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. 42,25

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 0,82

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 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 42,75

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).

Supplément pour enfant de moins de six ans

1.11 Lorsque des services assurés sont dispensés à un enfant de moins de 6 ans, un supplément par séance est payé au dentiste. Toutefois, si au cours d'une séance le dentiste a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

+94540 Supplément pour enfant de moins de six ans 6,50

Supplément pour l'asepsie

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

+94541 Supplément pour l'asepsie 5,50

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
- 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.

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

+01120	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	41,25
+01130	Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus	47,00

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

*** Prendre note que l'entrée en vigueur du deuxième alinéa sera effectif seulement à la date fixée par la Gazette officielle suite aux modifications apportées au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.**

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.	23,50
---------------	---------------------------	-------

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

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

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

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

Consultation

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

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

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

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

+93200 Consultation 48,25

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

Radiographie

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

PRÉVENTION

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

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

Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale

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

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

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

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

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

Nettoyage des dents

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

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

+11200 Nettoyage des dents 15,00

Détartrage

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

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

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

+43500 Détartrage 49,00

Application topique de fluorure

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

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

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

+12400 Application topique de fluorure 6,25

RESTAURATION

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

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

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

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

AVIS : Depuis le 1^{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** sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur une dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

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

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

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

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

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

En amalgame

Molaire primaire

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

Prémolaire

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

Molaire permanente

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

En matériau esthétique

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

23999	valeur de base	16,50
+ 23301	une surface	41,50
+ 23302	deux surfaces	81,00

Tenon par restauration

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

+21301	un tenon	13,00
+21302	deux tenons	23,00
+21306	trois tenons ou plus	30,25

Couronne préfabriquée

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

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

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

Matériau esthétique

Code régulier Code spécifique

+ 27421	27921	sur antérieure primaire	94,25
---------	-------	-----------------------------------	-------

Métallique

Code régulier Code spécifique

+ 27401	27901	antérieure primaire	94,25
+ 27403	27903	postérieure primaire	94,25
+ 27411		antérieure permanente	94,25
+ 27413		postérieure permanente	94,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

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

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

+29101	Recimentation d'une couronne préfabriquée	38,50
--------	---	-------

ENDODONTIE

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

Pansement sédatif

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

+31111 Pansement sédatif 30,25

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

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

Endodontie sur dent primaire

Pulpotomie sur dent primaire

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

Code régulier Code spécifique

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

Pulpectomie sur dent primaire

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

Code régulier Code spécifique

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

Endodontie sur dent permanente

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

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

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

+33501	Un canal	154,00
+33502	Deux canaux	186,00
+33503	Trois canaux	279,00
+33504	Quatre canaux et plus	339,00

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

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

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

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

+33001	Un canal	274,00
+33002	Deux canaux	361,00
+33003	Trois canaux	463,00
+33004	Quatre canaux et plus	537,00

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

+33999	Traitement de canal partiel sur dent permanente	60,75
---------------	---	-------

TRAITEMENT D'URGENCE

+39910	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire.	25,25
---------------	---	-------

CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forfait pour chirurgie complexe

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

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

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

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

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

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

Ablation de dent

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

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

Ablation simple de dent

(non sujet à la règle d'application 6.4)

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

Ablation complexe de dent

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

+72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	97,00
+72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	97,00
+72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	142,00

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

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

Ablation de racine

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

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

Ablation simple de racine dentaire

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

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

Ablation complexe de racine dentaire

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

+72320	ablation complexe de racine dentaire nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture (une ou plusieurs racines d'une même dent)	72,25
--------	--	-------

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

75350	dans le tissu osseux	106,00
-----	dans le tissu mou sans anesthésie (prestation comprise dans le tarif de l'examen)	
75360	dans le tissu mou avec anesthésie	44,50
79301	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. Kystes, polypes) par antrostomie	282,50

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

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

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

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

Incision ou drainage d'un abcès

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

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

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

Traitement des ostéites

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

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

avec greffe épidermique

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

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

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

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

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

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

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

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

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

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

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

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alvéoloplastie

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

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

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

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

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

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

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

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

Ablation de torus

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

Traitement des glandes salivaires

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

Fermeture de communication bucco-sinusale**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)	91,50
--------------	--	-------

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	412,50
--------------	--	--------

Frénectomie

-----	moins d'un an (prestation incluse dans celle de l'examen)	
+77815	un an et plus	122,00

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****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	83,50
+42011	4 dents à 6 dents.	124,75
+42012	7 dents à 9 dents.	187,00
+42013	10 dents à 12 dents.	252,00
+42014	13 dents à 15 dents.	313,00
+42015	16 dents et plus.	367,00

Operculectomie

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

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

Contrôle d'hémorragie

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

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

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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

réparation d'une lacération de part en part

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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

Maxillaire

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

Mandibulaire

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

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

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

76260	Condyle (réduction ouverte)	600,00
--------------	---------------------------------------	--------

Orbite

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

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

	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
76521	latérale.	460,00
76522	médiane.	460,00
76523	supérieure	514,00

Os alvéolaire

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

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).	132,00
---------------	--	--------

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

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A) CONFECTION

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

Complète

+51100	supérieure	633,00
+51110	inférieure.	816,00
+51120	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

+52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	531,00

B) REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

AVIS : *Référez à l'onglet « Rémunération à l'acte » pour les instructions de facturation :*

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

Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale (section 3.2.4.6).

Complète

+51101	supérieure	633,00
+51111	inférieure	816,00
+51121	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

+52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	531,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

+56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	194,00
+56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	194,00

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

+55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	49,00
+55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	49,00
+55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	105,25
+55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	105,25

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

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

D) AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

+55520	Maxillaire supérieur	105,25
+55530	Maxillaire inférieur	105,25

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

14. MANUELS ET FORMULAIRES

14.1 MANUELS

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement au nouveau dentiste **oeuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire du manuel qui le concerne.

COMMANDE

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

MANUELS DANS INTERNET

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

14.2 FORMULAIRES

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

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

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

Toute demande au-delà de cette limite sera tarifée. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte. Pour plus d'information, veuillez vous référer au site Internet de la Régie www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/frais.

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

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

Qxxxxxx **Cxxxxxx**

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

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

COMMANDE

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

FORMULAIRES DANS INTERNET

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

14.3 LISTE DES FORMULAIRES

Formulaires disponibles	Numéro
Formulaires relatifs à l'inscription	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Avis de service - Rémunération à tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes	3755
Formulaires relatifs à la facturation	
Demande de paiement - Tarif horaire, Honoraires forfaitaires et Vacation (voir l'onglet <i>Rémunération au tarif horaire, section 5</i>)	1215
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (voir l'onglet <i>Rémunération à honoraires fixes, section 4</i>)	1216
Enveloppe pour demande de paiement	1292
Demande de paiement - Acte (voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte, section 3</i>)	1670
Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte, section 3.2.4.8</i>)	1944
Demande de remboursement des frais de déplacement (voir l'onglet <i>Rémunération à honoraires fixes, section 4 et l'onglet Rémunération au tarif horaire, section 5</i>)	1988
Demande de remboursement à la personne assurée (voir l'onglet <i>Rémunération à l'acte, section 3.4</i>)	2076
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Contrat aux fins du Régime de congé à traitement différé	3326
Demande de remboursement des mesures incitatives	3336
Feuille d'activité - Bénéficiaire (voir l'onglet <i>Feuille d'activité - Bénéficiaire, section 6</i>)	3402
Formulaires relatifs à la facturation informatisée	
Description du système de facturation informatisée	2102
# Demande d'accréditation et renseignements pour facturation informatisée	2404
Mandat - Agence commerciale de traitement de données	2788
Autres formulaires	
Commande de formulaires	1491
Réclamation hors province pour services médicaux	2688
Demande de matériel de facturation pour dispensateur	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Changement d'adresses	3102
# Demande d'autorisation de paiement - médicament d'exception	3633
Demande de prestations - Assurance invalidité	3912
Demande initiale - Invalidité	3913
Rapport d'évolution - Invalidité	3914
# Demande d'autorisation de paiement - mesure du patient d'exception . . .	3996