



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 26
septembre 2009

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

TABLE DES MATIÈRES

Page : [4](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Ajout de l'annexe VII - Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques (*règle 2.3*)

Page : [32](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Entrée en vigueur du deuxième examen à la règle 2.3 à compter du 10 septembre 2009 et nouvel avis

Page : [6](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification au message 804

Page : [22](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif

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

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 074/2009-09-03

LÉGENDE

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

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-49389-1

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

	<i>Page</i>
3.2.2 Identité des professionnels	5
3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation	6
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et case considération spéciale	7
3.2.3.1 Diagnostic principal	7
3.2.3.2 Renseignements complémentaires	7
3.2.3.3 Considération spéciale	8
3.2.4 Services	9
3.2.4.1 La date des services	9
3.2.4.2 Inscription des services	9
3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)	11
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable	12
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	13
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ...	14
3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (lettre Q)	15
3.2.4.8 Document complémentaire (<i>formulaire n° 1944</i>)	16
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus	17
3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés)	18
3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence	19
3.2.8 Facturation des frais de déplacement	20
3.2.9 Signature du chirurgien buccal ou de son mandataire	21
3.3 EXPÉDITION	21
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 2076</i>)	22
3.5 ANNEXES	23
ANNEXE I	
Liste des rôles	23
ANNEXE II	
Liste des modificateurs	24
ANNEXE III	
Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	26
ANNEXE IV	
Formulaire <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i>	28
ANNEXE V	
Numéro d'établissement	30
ANNEXE VI	
Dent surnuméraire	31
# ANNEXE VII	
Liste des établissements désignés pour le deuxième examen de suivi pour des fins oncologiques (<i>régle 2.3</i>)	32

	<i>Page</i>
4. PAIEMENT À L'ACTE	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence	1
4.4 ÉTAT DE COMPTE	2
4.4.1 Description	3
4.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9 et sommaire</i>)	3
4.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 6a</i>)	5
4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée	5
4.4.2 Vérification des paiements	5
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
4.5.3 Paiement refusé en partie	5
4.5.4 Paiement refusé en totalité	6
4.5.5 Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires	6
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
4.7 CODES DE TRANSACTIONS	8
4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2008)	9
CALENDRIER DE PAIEMENT (2009)	10
4.9 MESSAGES EXPLICATIFS	11
5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	6
RESTAURATION	8
ENDODONTIE	12
CHIRURGIE	14
PROTHÈSE ACRYLIQUE	33
LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS	36
TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	37
6. DIAGNOSTICS	1
7. MANUELS ET FORMULAIRES	1
#7.1 MANUELS	1
# 7.1.1 Commande	1
# 7.1.2 Manuels dans Internet	1
#7.2 FORMULAIRES	1
# 7.2.1 Demandes de paiement à l'acte	1
# 7.2.2 Commande	1
# 7.2.3 Formulaire dans Internet	1
# 7.2.4 Liste des formulaires disponibles	2

ANNEXE VI :
DENT SURNUMÉRAIRE

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

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

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE**Chirurgiens buccaux**

ANNEXE VII :

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN ANNUEL DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES (règle 2.3)

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

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

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

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

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

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

94401 :
de minuit à 7 heures = 91,75 \$

94402 :
de 7 heures à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés, et de 19 heures à minuit les autres jours = 55,25 \$

94403 :
de 7 heures à 19 heures en semaine = 55,25 \$

À l'heure de début, ajouter dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel.

- Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence.

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

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

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

2.01 Visite

01302 Visite pour traitement médical 16,25

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

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

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

01603 Visite de contrôle 12,25

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

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

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

DIAGNOSTIC

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

L'examen

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

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

+ **2.3** À moins qu'il ne se soit écoulé **365 jours** depuis son examen, le chirurgien buccal convient pour une même personne assurée de ne réclamer aucun autre examen.

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

01120	examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	41,25
01130	examen d'une personne assurée de 12 ans et plus	47,00

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

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

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

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

Examen d'urgence

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

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

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

01300 examen d'urgence 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 (voir onglet Diagnostics de votre manuel).*

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

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

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

Consultation

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

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

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

93220 Consultation : personne assurée de moins de 12 ans 52,50

93230 Consultation : personne assurée de 12 ans et plus 57,75

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

Radiographie

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

RESTAURATION

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

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

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

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

3.2 Le chirurgien buccal utilise le code spécifique lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie :

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

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

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

Restauration sur dent antérieure

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

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

7. MANUELS ET FORMULAIRES**7.1 MANUELS**

La Régie remet gratuitement au nouveau chirurgien buccal **œuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire du manuel qui le concerne.

7.1.1 COMMANDE

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

7.1.2 MANUELS DANS INTERNET

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

7.2 FORMULAIRES

La Régie remet gratuitement à chaque chirurgien buccal une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

7.2.1 DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (formulaire n° 1670)

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

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, consultez la rubrique *Administration de la pratique / Frais administratifs* dans votre section du site Internet de la Régie.

Seules les commandes formulées par le chirurgien buccal 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.

7.2.2 COMMANDE

Pour toute commande de formulaires, utilisez l'une des coordonnées figurant à la page 2 de l'*INTRODUCTION* de ce manuel.

7.2.3 FORMULAIRES DANS INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. Le chirurgien buccal peut les consulter, les télécharger et les imprimer. L'adresse du site Internet de la Régie se trouve à la page 2 de l'*INTRODUCTION* de ce manuel.

7.2.4 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

Formulaires disponibles	Numéro
Formulaires relatifs à l'inscription	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Formulaires relatifs à la facturation	
Enveloppe pour demande de paiement	1292
Demande de paiement - Acte (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3</i>)	1670
Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3.2.4.8</i>)	1944
Demande de remboursement des frais de déplacement Demande de remboursement à la personne assurée (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>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
Formulaires relatifs à la facturation informatisée	
Description du système de facturation informatisée	2102
Demande d'accréditation et renseignements pour la 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'adresse	3102
Demande d'autorisation de paiement - Médicament d'exception	3633
Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception	3996