



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

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

**Coordination**

Direction des services à la clientèle professionnelle

**Publication**

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-49389-1

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



# MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 27  
JUILLET 2011

*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

### PERSONNES ASSURÉES

- Insertion de la nouvelle carte et modifications administratives

**Pages :** 2 à 6

### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modification du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée*

**Pages :** 22 et 23

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** 4 et 27

### PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification des calendriers de paiement

**Pages :** 9 et 10

- Modification des messages 197, 198 et 360

**Pages :** 12 et 15

- Ajout des messages 871, 873, 874 et 880

**Page :** 22

### RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modification des avis

**Page :** 12

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 168 / 2010-11-15 et 014 / 2011-04-11

## 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

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de  
l'assurance maladie**

**Québec** 

## INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

**Par le site internet :**

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

**Par courrier électronique :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto: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

<b>Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ</b>
--

**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 ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation 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 ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, c'est le **numéro** du document qui a le plus de poids qui est utilisé.

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

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

	<i>Page</i>
ANNEXE III .....	<b>11</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 1.....	<b>11</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 2 <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>11</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 3.....	<b>12</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 4 <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>12</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 5.....	<b>13</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 6 <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>13</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 7 <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>14</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 8.....	<b>14</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 9 <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>15</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 10 .....	<b>15</b>
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 11 .....	<b>16</b>
Lettre d'entente .....	<b>17</b>
ARTICLE 1. Détermination d'une enveloppe budgétaire .....	<b>17</b>
ARTICLE 2. <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>17</b>
ARTICLE 3. Détermination du suivi et de la vérification du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée .....	<b>17</b>
ARTICLE 4. <i>Abrogée amendement n<sup>o</sup> 11</i> .....	<b>18</b>
ARTICLE 5. Application.....	<b>19</b>
Accord n <sup>o</sup> 1 .....	<b>20</b>
ANNEXE IV	
Ressourcement dans les territoires désignés par le ministre .....	<b>21</b>
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ANNEXE IV DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ.....	<b>23</b>
ANNEXE V	
Concernant la rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale .....	<b>24</b>
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES NÉGOCIANTES	<b>26</b>
# ANNEXE VI	
# Concernant le versement de divers montants forfaitaires payables aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.....	<b>28</b>
2. PERSONNES ASSURÉES .....	<b>1</b>
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE .....	<b>1</b>
3.0 AVANT-PROPOS .....	<b>1</b>
#3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n<sup>o</sup> 1670</i> ) .....	<b>1</b>
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE .....	<b>2</b>
3.2.1 Identité de la personne assurée.....	<b>2</b>
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale.....	<b>2</b>
# 3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours .....	<b>3</b>

	Page
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>règle 2.3</i> ) .....	32

	Page
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 DENTAIRES 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

**1. ENTENTE**

**ENTENTE  
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE**

**ENTRE**

**LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DU QUÉBEC**

**ET**

**L'ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE  
ET MAXILLO-FACIALE DU QUÉBEC**

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

**1.1** Dans cette entente, on entend par les termes :

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

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

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

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

**ARTICLE 2. APPLICATION**

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

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

**2.2** Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

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

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

**ARTICLE 3. REPRÉSENTATION**

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

Cette reconnaissance engage la Régie et tout établissement.

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

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

**ARTICLE 4. PRÉCOMPTE DES COTISATIONS SYNDICALES**

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

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

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

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

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

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

**5.1** On reconnaît au chirurgien buccal ses libertés professionnelles.

Ainsi :

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

On respecte sa liberté thérapeutique.

**ARTICLE 6. CONTRÔLE MÉDICAL**

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

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

**ARTICLE 7. PRATIQUE HOSPITALIÈRE****PROTOCOLE**

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

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

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

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

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

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

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

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

**ARTICLE 9. *TARIF D'HONORAIRES***

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

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

**ARTICLE 10. *RELEVÉ D'HONORAIRES***

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

**ARTICLE 11. *PAIEMENT DES HONORAIRES***

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

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

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

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

Le chirurgien buccal présente un nouveau relevé d'honoraires.

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

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

**ARTICLE 12. *REMBOURSEMENT D'HONORAIRES***

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

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

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

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

**ARTICLE 13. DEMANDE DE RÉVISION**

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

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

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

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

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

**ARTICLE 14. CONCILIATION D'HONORAIRES**

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

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

**ARTICLE 15. INTÉRÊTS**

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

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

**ARTICLE 16. MODALITÉS DE PAIEMENT**

+ **16.1** Selon la formule fournie par la Régie aux fins de recevoir tout versement, le paiement des honoraires est fait au chirurgien buccal ou au tiers qu'il autorise, soit :

- un groupe de dentistes ou de chirurgiens buccaux;
- une société de dentistes ou de chirurgiens buccaux 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 chirurgien buccal ou du tiers qu'il autorise ou, lorsque le chirurgien buccal en fait la demande, par chèque émis à son ordre ou au tiers qu'il autorise.

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

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

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

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

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

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

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

**1. DIFFÉREND EN CONTESTATION D'HONORAIRES**

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

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

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

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

**2. DIFFÉREND COLLECTIF**

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

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

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

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

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

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

**2. QUORUM**

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

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

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

**3. DÉCISIONS**

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

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

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

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

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

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

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

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

**4. SENTENCE**

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

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

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

**5. FRAIS**

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

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

Les frais de sténographie sont assumés par la Régie.

**6. GREFFIER**

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

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

Il agit selon les instructions du conseil d'arbitrage.

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

+ **20.1** Cette entente prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2004 et se termine le 31 mars 2010.

---

**CLAUSES TRANSITOIRES**

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

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

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

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

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

(VOIR RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF)

---

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

Le chirurgien buccal reçoit des paiements forfaitaires pour les services rendus pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1999 au 31 décembre 2003.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANNEXE III****LETTRE D'ENTENTE NO 1**

Vu l'entente relative au régime d'assurance maladie du 1<sup>er</sup> mai 1983

**LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre

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

Président

Association des spécialistes en chirurgie  
buccale et maxillo-faciale du Québec**LETTRE D'ENTENTE NO 2**

Vu l'entente relative au régime d'assurance maladie du 1<sup>er</sup> mai 1983.

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

**LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 4<sup>ième</sup> jour d'octobre 1988.

**THÉRÈRE LAVOIE-ROUX**

Ministre

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

Président

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de juin 1993.

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre

Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**ALDO CAMARDA**

Président

Association des spécialistes en chirurgie  
buccale et maxillo-faciale du Québec**LETTRE D'ENTENTE NO 4**

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

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de juin 1993.

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre

Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**ALDO CAMARDA**

Président

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

**LETTRE D'ENTENTE NO 5****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**BENJAMIN SALEH**

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

**LETTRE D'ENTENTE NO 6**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23<sup>ième</sup> jour d'avril 1999.

**PAULINE MAROIS**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**DR. FRANÇOIS BLONDEAU**

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

**LETTRE D'ENTENTE NO 7**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_ 2001.

**RÉMY TRUDEL**

Ministre

Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**DR. DANY MORAIS**

Président

Association des spécialistes en chirurgie  
buccale et maxillo-faciale du Québec**LETTRE D'ENTENTE NO 8****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_ 2001.

**RÉMY TRUDEL**

Ministre

Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**DR. DANY MORAIS**

Président

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

**LETTRE D'ENTENTE NO 9**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_ 2001.

**RÉMY TRUDEL**

Ministre

Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**DR. DANY MORAIS**

Président

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

**LETTRE D'ENTENTE NO 10****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_ 2003.

**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre

Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**BENJAMIN SALEH**

Président

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

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

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

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

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

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

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

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

**LETTRÉ D'ENTENTE**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

- + La présente lettre d'entente prévoit l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2010.

**ARTICLE 1. DÉTERMINATION D'UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **3.2 Vérification finale**

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

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

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

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

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

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

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

**ARTICLE 5. APPLICATION**

+ **5.1** Cette lettre d'entente s'applique du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

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

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

**Accord n° 1**

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

**PRÉAMBULE**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:**

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23<sup>e</sup> jour de mars 2000.

**PAULINE MAROIS**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

**6.** Les dispositions de la présente annexe entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1992 et le demeurent jusqu'à l'expiration de l'entente.

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

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

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

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

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

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

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

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

**2. APPLICATION**

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

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

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

**3. DÉFINITIONS**

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

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

**4. ÉTABLISSEMENTS VISÉS**

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

**5. RÉMUNÉRATION**

Supplément de garde

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

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

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

**6. RÈGLES D'APPLICATION ET LIMITATIONS**

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

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

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

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

**7. AVIS**

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

**8. ENTRÉE EN VIGUEUR**

**8.1** La présente annexe entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre  
Ministère de la Santé e  
des Services sociaux

**FRANÇOIS PAYETTE**

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

**+ LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES NÉGOCIANTES  
(EN RELATION AVEC L'ANNEXE V DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ)**

**Pour la garde locale**

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

- # • Hôpital de Verdun
- # • Hôpital du Haut-Richelieu
- # • Hôpital Honoré-Mercier
- # • Hôpital Charles LeMoynes

**Pour la garde multi-établissements**

	<b>Cet établissement prend en charge</b>	<b>Établissement(s) pris en charge</b>
#	Hôpital de Verdun	Hôpital du Haut-Richelieu
#	Hôpital de Verdun	Hôpital Honoré-Mercier
	Hôpital général de Montréal	Hôpital Charles LeMoynes
	Hôpital Pierre-Le Gardeur	Hôpital Charles LeMoynes
	CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier	Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière
	Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière	CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier

Voir l'**AVIS** à la page suivante.

**AVIS :** *Tableau des codes et des tarifs*

Spécialités	En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
	Code	\$	Code	\$
Garde locale	94521	100,00	94522	200,00
Garde multi-établissements	94523	150,00	94524	300,00

*Veillez utiliser le formulaire Demande de paiement n° 1670 et inscrire les données suivantes :*

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

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

**+ ANNEXE VI****CONCERNANT LE VERSEMENT DE DIVERS MONTANTS FORFAITAIRES PAYABLES AUX SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE****1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ**

Pour les services visés aux clauses transitoires (i.e. les services dont le tarif est convenu entre le MSSS et l'ACDQ), des montants doivent être versés par la Régie aux chirurgiens buccaux, sous forme de montants forfaitaires, selon les modalités décrites ci-après.

**1.1 MODALITÉS D'APPLICATION**

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

**1.2 MODALITÉS DE CALCUL**

**1.2.1** La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal une rétroactivité de 2 % sur les honoraires gagnés<sup>1</sup> durant la période s'échelonnant du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2007 sur la base des données établies par la Régie en décembre 2007.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal une rétroactivité de 4,04 % sur les honoraires gagnés, durant la période s'échelonnant du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2008 sur la base des données établies par la Régie en juin 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal une rétroactivité de 6,12 % sur les honoraires gagnés, durant la période s'échelonnant du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des données établies par la Régie en septembre 2008.

**1.2.2** La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal un montant forfaitaire égal à 12,8161 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 décembre 2007 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en juin 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal un montant forfaitaire égal à 11,9410 % pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 mars 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en septembre 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal un montant forfaitaire égal à 28,6640 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en septembre 2008.

Les paiements forfaitaires prévus à la présente sous-section, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mai 2008, ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût des rémunérations payées qui sont comparées à l'enveloppe budgétaire globale prévue au paragraphe 1.1 de la lettre d'entente de l'annexe III.

**1.2.3** La Régie versera à chaque chirurgien buccal, pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 30 avril 2009, une rétroactivité correspondant à l'écart entre les honoraires versés et ceux auxquels il aurait eu droit suite à l'application des nouveaux tarifs convenus avec l'ACDQ au 1<sup>er</sup> juin 2008.

Ce montant sera calculé sur la base des données de la Régie en septembre 2009 et sera payable au plus tard le 31 octobre 2009

---

<sup>1</sup> Honoraires gagnés : s'appliquent seulement sur les actes négociés par l'ACDQ

## 2. PERSONNES ASSURÉES

### 2.0 AVANT-PROPOS

#### A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

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

#### B. SERVICES DENTAIRES

Toutes les personnes assurées dont l'âge est fixé par règlement et les prestataires d'une 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, AINSI QUE LES PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

#### 2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

#### 2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

## # 2.1.3 Modèles de carte

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

**Remarque :** Veuillez noter que depuis le 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.

## a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



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

## b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

## c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

## d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

## 2.1.4 Vérification de la carte (Validité)

**LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

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

**1- Vérification de la photo et de 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 *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076*.

**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 *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076* 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;*

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

- Exception : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (\*) suivi du nom de famille dans la case **PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE**. **Aucune autre mention que l'astérisque (\*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **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 de pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

**Naissances multiples :**

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

- # *b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
  - inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.
- # *c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5, ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir le paragraphe 3.5 – Annexe V de l'onglet Rémunération à l'acte) :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
  - inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.
- # *d) Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la Régie par le MSSS :*
- Vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
  - inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.
- En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence (ne pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076*).

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

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

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

The image shows a sample 'Carnet de réclamation' form. The form is titled 'Carnet de réclamation' and 'Soins dentaires couverts'. It contains several fields: 'Numéro de dossier', 'Nom du ou de la prestataire', 'Message', 'Référence', 'Enfants à charge', 'Numéro de carnet', and a signature line. A large red diagonal stamp reads 'Spécimen'. On the right side, there is a vertical bar with the number 'A-00000000' and the text 'Ministère de l'Énergie et de la Solidarité sociale'.

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

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

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les informations suivantes :

- La période de validité : La période de validité détermine si la personne est admissible au programme à la date du service;
- La case *Message* : Le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » dans la case *Message* (s'applique aux revendicateurs du statut de réfugié) :

- Si la mention est présente, vérifier la validité de la carte d'assurance maladie :

Valide : Remplir une demande de paiement pour le service rendu.

Non valide : La Régie ne paie pas le coût des services.

- Si la mention n'est pas présente, remplir une demande de paiement pour le service rendu.

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.0 AVANT-PROPOS

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

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

**Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

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

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

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

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

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

La demande de paiement comporte six sections :

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

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

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

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

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



2) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation ne sont pas disponibles au dossier du prestataire, mais il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

- # a) *le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité du prestataire (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
  - inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.
- # b) *le prestataire est admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée établissement codé 0XXX4,0XXX5, 1XXX5, ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir l'annexe V du présent onglet) :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité du prestataire (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
  - inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

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

3) **Dans tous les autres cas :**

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

### 3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS

#### 3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant

Cette identité comporte les éléments suivants :

- INT. : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU CHIRURGIEN BUCCAL : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- # - GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **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 chirurgien buccal qui désire obtenir un numéro de compte administratif individuel ou adhérer à un groupe existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe n° 3006*. Il ne doit utiliser un numéro de compte administratif (individuel ou collectif) sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

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

**3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation**

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

### 3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

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

#### 3.2.3.1 Diagnostic principal

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

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

#### 3.2.3.2 Renseignements complémentaires

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

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

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

## 3.2.3.3 Considération spéciale

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

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

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

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

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

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

### 3.2.4 SERVICES

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

#### 3.2.4.1 La date des services :

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

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

#### 3.2.4.2 Inscription des services :

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

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

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

- **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 (un remplacement et une nouvelle prothèse)

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

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

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

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 \$
<b>TOTAL du code d'acte 51120 . . . . .</b>	<b>840,00 \$</b>

**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 conservé dans le dossier du prestataire.
- Remarque :** La date de service correspond à la date de la **mise en bouche** de la prothèse dentaire.

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

Dans les cas suivants :

- **2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale**
- # Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52251, 51111 avec 52241, 51110 avec 52241.
- **1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse**
- Pour la facturation d'un remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse ou pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants :
- 51121**, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
  - 52261**, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure
- **2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale**
- À la suite d'une chirurgie buccale, si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51121 ou 52261 doit être utilisé**. 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.

#### 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 \$
<b>TOTAL du code d'acte 51121 . . . . .</b>	<b>840,00 \$</b>

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

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

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

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

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

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

1<sup>re</sup> demande de paiement

#

2<sup>e</sup> demande de paiement

#

## 3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2.6 FACTURATION DES SOINS D'URGENCE (HONORAIRES MAJORÉS)

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

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

**MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE**

(MODIF=018) :

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

(MODIF=017) :

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

(MODIF=019) :

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

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

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

**3.2.7 FACTURATION DU FORFAIT DE L'URGENCE**

#

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

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

**3.2.8 FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

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

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

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

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

## 3.2.9 SIGNATURE DU CHIRURGIEN BUCCAL OU DE SON MANDATAIRE

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE				CODE POSTAL	
NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				AUTORISATION	
CODE DU DIAGNOSTIC CARE DENTAIRE				NUMÉRO	
<input type="checkbox"/> 521.0				DATE	
ÉTAT NORMAL				ANNÉE MOIS JOUR	
<input type="checkbox"/> V90.9				DATE	
AUTRE				ANNÉE MOIS JOUR	
C.S.				DATE	
ÉTABLISSEMENT				LE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE		DATE D'ENTRÉE		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		TOTAL	

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

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

## 3.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

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

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE									
0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE							
PRÉNOM ET NOM DE LA MARIÉE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉLÉRIEL DE LA CARTE									
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE	MOIS	JOUR	SEXE	EXPIRATION		A L'USAGE DE LA RÉGIE	
ACTIVITÉ		CODE POSTAL							
NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE					
CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION			
				CARTES SERVITURE		NUMÉRO			
				<input type="checkbox"/> S21.0 <input type="checkbox"/> V90.9		DATE			
				AUTRE		C.S.			
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE					
CODE		ANNÉE		MOIS		JOUR			
DATE DES SERVICES ANNÉE    MOIS    JOUR									
ACTE    UNITÉ    SUPPLÉMENT    HÔTEL    MÉDIF.    UNITÉS    HONORAIRES									
SPÉCIMEN									
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS									TOTAL
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE									

  

**Directives pour la personne assurée**

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré\*.

- Vérifiez que le dentiste a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
- Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le dentiste.

\* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

  

**Situation à l'origine de la demande**

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'envoyer la demande de remboursement à la Régie.

- Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.
- Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.
- Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.
- Votre carte d'assurance maladie est expirée :** Si ce n'est déjà fait, communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.
- Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :** Si ce n'est déjà fait, communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.

  

**Note** - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

<b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b>				<b>Adresse pour l'envoi du chèque</b>			
NOM				<input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE			
PRÉNOM				NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE			
NUMÉRO		RUE		NUMÉRO		RUE	
APP.		VILLE		APP.		VILLE	
PROVINCE				PROVINCE			
Q u é b e c				C O D E P O S T A L			

  

**Signature de la personne assurée**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :  
 NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

MÈRE    PÈRE    AUTRE :

      

DATE    ANNÉE    MOIS    JOUR

TÉLÉPHONE AU DOMICILE  
 IND. REGIONAL

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL  
 IND. REGIONAL

2076 292 07/04

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

### # 3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (formulaire n° 2076) (suite)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE					
<b>Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste</b>					
<p>Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), le dentiste doit remplir un formulaire <i>Demande de remboursement à la personne assurée</i> lorsque celle-ci n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte était expirée. Il en est de même lorsque le bénéficiaire d'une prestation spéciale pour les services dentaires n'a pas présenté son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation était expiré.</p>					
<p><b>Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au dentiste, celui-ci doit :</b></p>					
<p><b>1. Remplir et signer la partie du haut du formulaire</b> en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie qui sera inscrit par la personne assurée).</p> <p>Le dentiste doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (7 chiffres) de même que le diagnostic, lequel peut être inscrit en clair ou codé (voir l'onglet « Diagnostics » du manuel des dentistes).</p>					
<p><b>2. Remettre à la personne assurée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'exemplaire de la Régie;</li> <li>• la copie de la personne assurée;</li> <li>• une enveloppe-réponse.</li> </ul>					
<p><b>3. Conserver la copie du dentiste</b> (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).</p> <p>Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».</p>					
<p><b>Rappel</b></p> <p>Le dentiste peut, dans les cas ci-dessous, présenter une demande de paiement à la Régie même si la personne assurée ne présente pas sa carte (art. 22 de la Loi sur l'assurance maladie) ou son carnet de réclamation. La personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• est âgée de moins d'un an;</li> <li>• requiert des soins urgents;</li> <li>• est hospitalisée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y avoir des soins prolongés;</li> <li>• rencontre des circonstances prévues au règlement.</li> </ul>					
<p style="text-align: center;"><b>Vous pouvez communiquer avec la Régie :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : 418 646-6336            Montréal : 514 864-3411            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749</p> <p><a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a></p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>Par ATS :</b>            (appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : 418 682-3939            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec            Case postale 6600            Québec (Québec) G1K 7T3</p> </td> </tr> </table>			<p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : 418 646-6336            Montréal : 514 864-3411            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749</p> <p><a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a></p>	<p><b>Par ATS :</b>            (appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : 418 682-3939            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p>	<p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec            Case postale 6600            Québec (Québec) G1K 7T3</p>
<p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : 418 646-6336            Montréal : 514 864-3411            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749</p> <p><a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a></p>	<p><b>Par ATS :</b>            (appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : 418 682-3939            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p>	<p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec            Case postale 6600            Québec (Québec) G1K 7T3</p>			
<p style="font-size: small;">Régie de l'assurance maladie</p> <p style="font-size: x-large; font-weight: bold;">Québec</p>					

### 3.5 ANNEXES

Annexe I = Liste des rôles

Annexe II = Liste des modificateurs

Annexe III = Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification

Annexe IV = Formulaire d'autorisation de prothèse dentaire acrylique

Annexe V = Numéro d'établissement

Annexe VI = Numérotation des dents

#### ANNEXE I :

#### LISTE DES RÔLES

RÔLE 1 : Chirurgien buccal responsable de l'acte.

RÔLE 4 : Chirurgien buccal assistant.

**ANNEXE II :**  
**LISTE DES MODIFICATEURS**

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

<b>RÈGLE GÉNÉRALE</b>	<b>MODIF=</b>
<b>RÈGLE D'APPLICATION 1.4</b>	
Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à 66 2/3% du tarif établi . . . . .	<b>066</b>
<b>RÈGLE D'APPLICATION 1.4.2</b>	
Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à 54 % du tarif établi . . . . .	<b>054</b>
<b>RÈGLE D'APPLICATION 2.0</b>	
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre minuit et 7 heures . . . . .	<b>017</b>
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 heures et minuit . . . . .	<b>018</b>
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés . . . . .	<b>019</b>
<b>CHIRURGIE</b>	
<b>RÈGLE D'APPLICATION 5.2</b>	
Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du chirurgien buccal qui a pratiqué l'acte chirurgical est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical . . . . .	<b>013</b>
Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du chirurgien buccal qui a pratiqué les soins post-opératoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical . . . . .	<b>014</b>
<b>RÈGLE D'APPLICATION 5.4</b>	
Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne assurée par le même chirurgien buccal au cours d'une même séance, les actes secondaires sont rémunérés à 50 % . . . . .	<b>050</b>
<b>RÈGLE D'APPLICATION 5.6</b>	
Si une nouvelle intervention n'est pas reliée à une première ou n'en résulte pas, la rémunération est fixée à 100 % . . . . .	<b>010</b>
Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 % . . . . .	<b>048</b>

## RÈGLE D'APPLICATION 5.7

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

## RÈGLE D'APPLICATION 5.8

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

## RÈGLE D'APPLICATION 5.28

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

**AUTRES SITUATIONS**

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

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

**MODIFICATEURS MULTIPLES**

## INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019 - 050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 084) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,6666)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

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

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

## ANNEXE III :

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

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

- Remplacement d'une prothèse suite à une chirurgie buccale.  
(réf. : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7).

**Remarque** : Préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse suite à une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

# - Personne assurée (prestataire d'une aide financière de dernier recours) ne se présente pas pour la mise en bouche d'une prothèse dentaire acrylique.

**Remarque** : Préciser la situation dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

**B** :- Refacturation après annulation ou refus de paiement.

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

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

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

# - Prestataire d'une aide financière de dernier recours ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation et admis dans un centre d'accueil ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés.

- D** :- Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.
- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la date de fin de la période de validité.
  - Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents pour qui les services suivants et leur examen préalable ne sont pas assujettis au délai de carence :
    - ablation de dent ou de racine;
    - ouverture de la chambre pulpaire;
    - incision ou drainage d'un abcès;
    - alvéolite;
    - contrôle d'hémorragie;
    - réparation d'une lacération de tissu mou;
    - réduction d'une fracture alvéolaire;
    - immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
    - réimplantation d'une dent complètement exfoliée.
- # J** :- Personne soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont les suivantes :

- personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
  - personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
  - personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique. Cela inclut toute personne soumise à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions de même que toute personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients.
- N** :- Pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au taux déjà fixé pour cet acte.
- Pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré.
  - Pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

**Remarque** : Voir la règle d'application 1.2.

- Q** :- Indicateur précisant que le **même service** est **rendu plus d'une fois le même jour** à une personne assurée et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case **C.S. sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes, s'il y a lieu (voir instructions de facturation, section 3.2.4.7).
- R** :- Remplacement d'une prothèse complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans, dans les cas de perte ou de bris irréparable; l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- Remarque** : Voir les sections 3.2.4.4 à 3.2.4.5 du présent onglet
- **Préciser** dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
  - **Facturer** les honoraires à 50 % du tarif.

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

ANNEXE IV :  
FORMULAIRE DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES

Emploi



Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spécimen**

<b>Numéro d'autorisation</b> ▶	
Numéro de dossier (CP-12)	
Centre local d'emploi	
Nom de l'agent d'aide socio-économique	
Téléphone	Poste

Note – Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout d'une structure. La présentation du carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-009) permet d'obtenir le service.

**Demande du prestataire**

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Je demande au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale l'aide qui peut m'être accordée afin d'obtenir du dentiste ou du denturologiste de mon choix, le ou les services décrits ci-dessous :

- pour moi-même ou
- pour un membre de ma famille : \_\_\_\_\_  
(indiquez le nom.)

**La prestation spéciale demandée est :**

- une prothèse initiale.
- le remplacement d'une prothèse dont le coût d'achat a été assumé par le Ministère.  
**Raison de ce remplacement :**
  - En usage depuis plus de huit ans
  - Chirurgie buccale (sur recommandation écrite d'un chirurgien buccal ou d'un dentiste)
  - Perte ▶ En cas de perte ou de bris irréparable, le coût de ce remplacement sera comblé jusqu'à concurrence de la moitié du tarif prévu.
  - Bris irréparable
- le remplacement d'une prothèse dont le coût n'a pas été assumé par le Ministère.

**Le service demandé est :**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <i>Supérieure</i>        | <i>Inférieure</i>        | <i>Les deux</i>          |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE COMPLÈTE        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE PARTIELLE       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

Je fais cette déclaration sachant qu'une fausse déclaration m'obligerait à rembourser le coût total de l'aide qui m'aurait été versée.

Date \_\_\_\_\_ Signature du prestataire \_\_\_\_\_

Note – Si vous prévoyez ne pas utiliser cette autorisation ou si trente jours se sont écoulés depuis que vous l'avez obtenue, vous êtes priés de ne pas la détruire et de la retourner à votre centre local d'emploi.

**Autorisation du centre local d'emploi**

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale autorise le ou les services dentaires mentionnés ci-dessus, conformément aux conditions inscrites au verso. Aucune substitution n'est permise.

Remarques : \_\_\_\_\_

Services payables à 50 % du tarif prévu (remplacement pour une perte ou un bris irréparable)

**IMPORTANT :**

Le prestataire n'a que  **trente jours**  à compter de la date indiquée ci-contre pour présenter cette autorisation à un fournisseur. De plus, son carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-009) doit être valide.

Date d'émission de l'autorisation \_\_\_\_\_

Signature de l'agent d'aide socio-économique \_\_\_\_\_

**Réservé au Ministère**

Transaction Fille		Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille		Numéro d'assurance maladie du membre de la famille			
[ A , S , P , D ]		_____		_____			
<b>Type</b> A – Annulation R – Remplacement E – Émission	<b>Codes de besoin</b> _____ _____	<b>Supérieure</b>		<b>Inférieure</b>		<b>Les deux</b>	
		Confection, remplacement, bris ou perte	Remplacement, charge buccale	Confection, remplacement, bris ou perte	Remplacement, charge buccale	Confection, remplacement, bris ou perte	Remplacement, charge buccale
Numéro d'autorisation	_____	51100	51101	51110	51111	51120	51121
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS.	_____	52240	52241	52250	52251	52260	52261
		56100	—	56101	—	—	—

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (11-2006)

# *ANNEXE IV : (suite)*  
*VERSO DU FORMULAIRE*

**ANNEXE V :  
NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT**

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

**B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS**

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

**ANNEXE VI :**  
**DENT SURNUMÉRAIRE**

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

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

## # 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

## 4. PAIEMENT À L'ACTE

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

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement se fait toutes les 2 semaines sous forme de chèque ou de dépôt direct à l'ordre du chirurgien buccal traitant ou d'un tiers autorisé par ce chirurgien buccal à recevoir paiement.
- # Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

### 4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

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

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

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

#### 4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

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

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

**# 4.4 ÉTAT DE COMPTE**

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

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

#### 4.4.1 Description

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

##### 4.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et sommaire)

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

#### Sommaire

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

##### Messages généraux

##### Paielements et retenues

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

##### Déductions cumulatives (cotisation ASCBMFQ)

##### Description des codes de transactions (TRA)

# 2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

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

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

**4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée**

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

**4.4.2 Vérification des paiements**

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

**4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement**

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

**4.5.3 Paiement refusé en partie**

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

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

#### 4.5.4 Paiement refusé en totalité

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

Dans ce cas :

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

**# 4.7 CODES DE TRANSACTIONS**

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

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

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

# 4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2010



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT  
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE  
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2010

JANVIER '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)					1	2
				▼		
(2)	4	5	6	7	8	9
3	4	5	6	7	8	9
(3)	11	●	13	14	15	16
10	11	12	13	14	15	16
(4)	18	19	20	21	22	23
17	18	19	20	21	22	23
(5)	25	●	27	28	29	30
24	25	26	27	28	29	30
31	25	26	27	28	29	30

FÉVRIER '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)	32	33	34	35	37	
	1	2	3	4	5	6
(7)	39	●	41	42	43	44
7	8	9	10	11	12	13
(8)	40	47	48	49	▼	51
14	15	16	17	18	19	20
(9)	53	●	55	56	57	58
21	22	23	24	25	26	27
(10)						
28						

MARS '23						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)	60	61	62	63	65	
	1	2	3	4	5	6
(11)	67	●	69	70	71	72
7	8	9	10	11	12	13
(12)	74	75	76	77	▼	79
14	15	16	17	18	19	20
(13)	81	●	83	84	85	86
21	22	23	24	25	26	27
(14)	88	89	90			
28	29	30	31			

AVRIL '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				91	93	
				1	2	3
(15)	95	●	97	98	99	100
4	5	6	7	8	9	10
(16)	102	103	104	105	▼	107
11	12	13	14	15	16	17
(17)	109	●	111	112	113	114
18	19	20	21	22	23	24
(18)	116	117	118	119	▼	
25	26	27	28	29	30	

MAI '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)						121
						1
(19)	123	●	125	126	127	128
2	3	4	5	6	7	8
(20)	130	131	132	133	▼	135
9	10	11	12	13	14	15
(21)	137	●	139	140	141	142
16	17	18	19	20	21	22
(22)	144	145	146	147	▼	149
23	24					
30	31	25	26	27	28	29

JUIN '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)				153	154	155
		1	2	3	4	5
(24)	158	159	160	161	▼	163
6	7	8	9	10	11	12
(25)	165	●	167	168	169	170
13	14	15	16	17	18	19
(26)	172	173	174	175	▼	177
20	21	22	23	24	25	26
(27)	179	●	181			
27	28	29	30			

JUILLET '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					1	2
				182	183	184
(28)	186	187	188	189	▼	191
4	5	6	7	8	9	10
(29)	193	●	195	196	197	198
11	12	13	14	15	16	17
(30)	200	201	202	203	▼	205
18	19	20	21	22	23	24
(31)	207	●	209	210	211	212
25	26	27	28	29	30	31

AOÛT '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	215	216	217	▼	219
1	2	3	4	5	6	7
(33)	221	●	223	224	225	226
8	9	10	11	12	13	14
(34)	228	229	230	231	▼	233
15	16	17	18	19	20	21
(35)	235	●	237	238	239	240
22	23	24	25	26	27	28
(36)	242	243				
29	30	31				

SEPTEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				244	245	247
				1	2	3
(37)	249	●	251	252	253	254
5	6	7	8	9	10	11
(38)	256	257	258	259	▼	261
12	13	14	15	16	17	18
(39)	263	●	265	266	267	268
19	20	21	22	23	24	25
(40)	270	271	272	273	▼	
26	27	28	29	30		

OCTOBRE '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)					1	2
				275	282	
(41)	277	●	279	280	281	282
3	4	5	6	7	8	9
(42)	284	285	286	287	▼	289
10	11	12	13	14	15	16
(43)	291	●	293	294	295	296
17	18	19	20	21	22	23
(44)	298	299	300	301	▼	303
24	25	26	27	28	29	30
31	25	26	27	28	29	30

NOVEMBRE '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)	305	●	307	308	309	310
1	2	3	4	5	6	
(46)	312	313	314	315	▼	317
7	8	9	10	11	12	13
(47)	319	●	321	322	323	324
14	15	16	17	18	19	20
(48)	326	327	328	329	▼	331
21	22	23	24	25	26	27
(49)	333	●				
28	29	30				

DÉCEMBRE '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)				335	336	337
				1	2	3
(50)	340	341	342	343	▼	345
5	6	7	8	9	10	11
(51)	347	●	349	350	351	352
12	13	14	15	16	17	18
(52)	354	355	356	357	▼	359
19	20	21	22	23	24	25
(53/1)	361	●	363	364	365	
26	27	28	29	30	31	

7095\_202\_09/11

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT

● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT 2011



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT  
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE  
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2011

**JANVIER** '19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(83/1)						1
(2)	3	4	5	6	7	8
9	10	●	12	13	14	15
(4)	17	18	19	20	21	22
16	17	18	19	20	21	22
(5)	24	●	26	27	28	29
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**FÉVRIER** '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						36
(7)	38	●	40	41	42	43
6	7	8	9	10	11	12
(8)	45	46	47	48	49	50
13	14	15	16	17	18	19
(9)	52	●	54	55	56	57
20	21	22	23	24	25	26
(10)	59					
27	28					

**MARS** '23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						64
(11)	66	●	68	69	70	71
6	7	8	9	10	11	12
(12)	73	74	75	76	77	78
13	14	15	16	17	18	19
(13)	80	●	82	83	84	85
20	21	22	23	24	25	26
(14)	87	88	89	90		
27	28	29	30	31		

**AVRIL** '19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)						92
(15)	94	●	96	97	98	99
3	4	5	6	7	8	9
(16)	101	102	103	104	105	106
10	11	12	13	14	15	16
(17)	108	●	110	111	112	113
17	18	19	20	21	22	23
(18)	115	116	117	118	119	120
24	25	26	27	28	29	30

**MAI** '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	●	124	125	126	127
1	2	3	4	5	6	7
(20)	129	130	131	132	133	134
8	9	10	11	12	13	14
(21)	136	●	138	139	140	141
15	16	17	18	19	20	21
(22)	143	144	145	146	147	148
22	23	24	25	26	27	28
(23)	150	●				
29	30	31				

**JUIN** '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						155
(24)	157	158	159	160	161	162
5	6	7	8	9	10	11
(25)	164	●	166	167	168	169
12	13	14	15	16	17	18
(26)	171	172	173	174	175	176
19	20	21	22	23	24	25
(27)	178	●	180	181		
26	27	28	29	30		

**JUILLET** '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)						182
(28)	185	186	187	188	189	190
3	4	5	6	7	8	9
(29)	192	●	194	195	196	197
10	11	12	13	14	15	16
(30)	199	200	201	202	203	204
17	18	19	20	21	22	23
(31)	206	●	208	209	210	211
24	25	26	27	28	29	30

**AOÛT** '23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	214	215	216	217	218
1	2	3	4	5	6	
(33)	220	●	222	223	224	225
7	8	9	10	11	12	13
(34)	227	228	229	230	231	232
14	15	16	17	18	19	20
(35)	234	●	236	237	238	239
21	22	23	24	25	26	27
(36)	241	242	243			
28	29	30	31			

**SEPTEMBRE** '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						246
(37)	248	●	250	251	252	253
4	5	6	7	8	9	10
(38)	255	256	257	258	259	260
11	12	13	14	15	16	17
(39)	262	●	264	265	266	267
18	19	20	21	22	23	24
(40)	269	270	271	272	273	274
25	26	27	28	29	30	

**OCTOBRE** '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						274
(41)	276	●	278	279	280	281
2	3	4	5	6	7	8
(42)	283	284	285	286	287	288
9	10	11	12	13	14	15
(43)	290	●	292	293	294	295
16	17	18	19	20	21	22
(44)	297	298	299	300	301	302
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**NOVEMBRE** '22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						316
(46)	311	●	313	314	315	316
6	7	8	9	10	11	12
(47)	318	●	320	321	322	323
13	14	15	16	17	18	19
(48)	325	326	327	328	329	330
20	21	22	23	24	25	26
(49)	332	●	334			
27	28	29	30			

**DÉCEMBRE** '18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						337
(49)	339	●	341	342	343	344
4	5	6	7	8	9	10
(51)	346	●	348	349	350	351
11	12	13	14	15	16	17
(52)	353	354	355	356	357	358
18	19	20	21	22	23	24
(53)	360	●	362	363	364	365
25	26	27	28	29	30	31

7085 2632 09/11

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

**4.9 MESSAGES EXPLICATIFS**

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

- 115** L'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas prestataire d'une aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet « Personnes assurées »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une 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 soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une 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 des 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 utilisés lorsqu'un service a été rendu pour les deux maxillaires à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

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

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

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

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

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

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

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

- # **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 service vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de la prothèse dentaire acrylique. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Les actes de supplément de garde en disponibilité de l'annexe V doivent être facturés avec un matricule fictif.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 677** Lors du remplacement d'une prothèse acrylique complète ou partielle en dedans de la période de huit ans pour les cas de perte ou de bris irréparables, l'aide 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** 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).

- 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).
- # **871** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un per diem au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- # **873** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un per diem au cours d'une journée au sein de l'établissement, ne peut être rémunéré au sein d'un autre établissement pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- # **874** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un demi per diem au cours de la plage horaire de l'après-midi (plage n° 3), ne peut être rémunéré pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 12 h en cabinet ou dans tout établissement. Ce service ne doit pas être refacturé.
- # **880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 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.

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

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

## 5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

### (Annexe 1 de l'entente)

#### RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

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

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

La Régie effectue le paiement du relevé d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

**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-dessus selon le nombre est, lors d'une même intervention, numérotée comme suit : 01 pour la première, 02 pour la seconde et ainsi de suite.

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

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

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

**Supplément par personne assurée**

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

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

Sont fériés les jours suivants :

1<sup>er</sup> janvier  
 2 janvier  
 Vendredi Saint  
 Lundi de Pâques  
 Journée nationale des Patriotes  
 Fête nationale du Québec  
 Fête du Canada  
 Fête du Travail  
 Action de Grâce  
 24 décembre  
 25 décembre  
 26 décembre  
 31 décembre

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

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

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

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

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

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

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

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

- + **1.10** Supplément pour enfant de moins de six ans

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

**94540** Supplément pour enfant de moins de six ans ..... 6,50

**+ 1.11** Supplément pour l'asepsie

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 chirurgien buccal a recours à l'anesthésie générale.

**94541** Supplément pour l'asepsie ..... 5,50

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

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

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

**2.** Les honoraires majorés sont établis comme suit :

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

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

*(MODIF=017) :*

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

*(MODIF=018) :*

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

*(MODIF=019) :*

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

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

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

*Identifier l'établissement où les services ont été rendus.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les fêtes légales sont les 1<sup>er</sup> 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.*

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<sup>e</sup> 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*.

<b>01120</b>	examen d'une personne assurée de moins de 12 ans . . . . .	41,25
<b>01130</b>	examen d'une personne assurée de 12 ans 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 quarante-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).

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

<b>Codes</b>							
Régulier	Spécifique						
+ 21231	21911	<b>Amalgame</b>	Classe I	incisive	89		32,25
+ 21231	21911			linguale	92		32,25
+ 21232	21912		Classe III	mésiale	90		66,00
+ 21232	21912			distale	91		66,00
+ 23101	23901	<b>Matériau esthétique</b>	Classe I	incisive	89		52,00
+ 23101	23901			linguale	92		52,00
+ 23103	23903		Classe III	mésiale	90		58,75
+ 23103	23903			distale	91		58,75
+ 23104	23904	Classe IV	mésiale	95		105,50	
+ 23104	23904		distale	96		105,50	
+ 23102	23902	Classe V	buccale	93		52,00	
+ 23102	23902		linguale	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

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

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

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

### Restauration sur dent postérieure

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

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

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

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

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

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

**3.10** Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de trois cent soixante-cinq (365) jours 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 :** *Le code de valeur de base doit être inscrit sur la même demande de paiement que le code d'obturation sur une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.*

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

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

### En amalgame

Molaire primaire

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

Régulier

Spécifique

<b>21101</b>	<b>21901</b>	- une surface .....	14,50
<b>21102</b>	<b>21902</b>	- deux surfaces .....	48,25
<b>21103</b>	<b>21903</b>	- trois surfaces .....	61,50
<b>21104</b>	<b>21904</b>	- quatre surfaces .....	83,25
<b>21105</b>	<b>21905</b>	- cinq surfaces .....	111,75

Prémolaire

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

Molaire permanente

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

### En matériau esthétique

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

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

### Tenon par restauration

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

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

**Couronne préfabriquée**

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

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

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

**Matériau esthétique**

Code régulier	Code spécifique		
<b>27421</b>	<b>27921</b>	sur antérieure primaire . . . . .	94,25

**Métallique**

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

**Recimentation d'une couronne préfabriquée**

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

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

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

**ENDODONTIE**

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

**Pansement sédatif**

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

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

<b>31111</b>	pansement sédatif . . . . .	30,25
--------------	-----------------------------	-------

**Endodontie sur dent primaire**

Pulpotomie sur dent primaire

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

Régulier	Spécifique		
+ <b>32211</b>	<b>32911</b>	Pulpotomie sur dent primaire. . . . .	51,50

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

Pulpectomie sur dent primaire

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

Régulier	Spécifique		
+ <b>32310</b>	<b>32910</b>	Pulpectomie sur dent primaire. . . . .	51,50

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

**Endodontie sur dent permanente**

# **AVIS :** Ce service est considéré assuré pour le compte d'un enfant de moins de dix (10) ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours âgé de moins de treize (13) ans qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

+ 33999	Traitement de canal partiel sur dent permanente . . . . .	60,75
	Traitement d'urgence	
+ 39910	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire . . . . .	25,25

## CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Forfait pour chirurgie complexe**

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

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

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

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

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

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

**ABLATION DE DENT**

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

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

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

	sous anesthésie locale ou régionale :	
+ 71101	première dent .....	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 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 (10) ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

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

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

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

	sous anesthésie locale ou régionale :	
+ 72300	première dent .....	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
-------	--	--------

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

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

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

**Incision ou drainage d'un abcès**

+ 75100	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain . . . . .	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 parodontal . . . . .	36,50

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

**Traitement des ostéites**

	Alvéolite (une ou plusieurs) traitement par séance	
+ 79615	sans anesthésie . . . . .	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)

<b>75502</b>	3 cm et moins .....	173,25
<b>75503</b>	plus de 3 cm à 4 cm .....	223,00
<b>75504</b>	plus de 4 cm à 6 cm .....	292,25
<b>75505</b>	plus de 6 cm à 9 cm .....	412,50
<b>75506</b>	plus de 9 cm .....	485,00

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

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

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

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

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

**Biopsie**

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

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

**Ablation de tumeur**

tissu mou

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

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

tissu osseux

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

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

partielle

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

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

partielle

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

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

**Chirurgie préprothétique**

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

**Abaissement total du plancher de la bouche**

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

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

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

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

**AVIS** : Voir la règle d'application 5.15

**Extension des replis muqueux**

avec greffe muqueuse

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

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

avec greffe épidermique

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

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

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

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

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

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

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

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

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

**AVIS :** Voir la règle d'application 5.15

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

**AVIS :** Voir la règle d'application 5.15

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

**AVIS :** Voir la règle d'application 5.15

### Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

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

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

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

**Alvéolectomie**

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

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

**Tubéroplastie (Unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)**

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

**Alvéoloplastie**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ablation de torus**

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

**Traitement des glandes salivaires**

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

**Fermeture de communication bucco-sinusale**

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

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

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

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

**Frénectomie**

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

**Gingivectomie**

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

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

**Gingivectomie**

+ 42010	3 dents ou moins . . . . .	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

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

**Operculectomie**

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

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

**Contrôle d'hémorragie**

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

+ 79405	par substance hémostatique et compression, par séance . . . . .	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

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

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

réparation d'une lacération de part en part

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

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

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

**AVIS :** Voir la règle d'application 5.15

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

**Fissure palatine**

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

**Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)**

<b>74224</b>	Partielle	232,75
<b>74226</b>	Totale	447,00
<b>77860</b>	<b>Glossectomie</b>	99,50

**Grefe osseuse**

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

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

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

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

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

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

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

	greffe osseuse hétérogène ou alloplastique, excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
<b>74445</b>	entre 2 et 9 cm <sup>2</sup> .....	242,50
<b>74449</b>	plus de 9 cm <sup>2</sup> .....	384,25
	greffe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
<b>74452</b>	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site) .....	546,75
<b>74454</b>	plus de 4 cm .....	867,00
	prise du greffon (un ou plusieurs) (Le tarif de la prise du greffon n'est pas sujet à la règle d'application 5.4).	
<b>74306</b>	au niveau de la face .....	81,50
<b>74307</b>	à un autre site .....	162,25

**Réduction de fracture**

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

La rémunération pour une réduction ouverte inclut la rémunération pour l'ostéo-synthèse.

**Arcade zygomatique et/ou os malaire**

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

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

**Nez**

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

**Maxillaire**

	Le Fort I (demi ou complet)	
<b>76310</b>	réduction fermée . . . . .	179,50
<b>76312</b>	réduction ouverte . . . . .	326,50

**Le Fort II (demi ou complet)****5.24** Abrogée (par l'Amendement n° 10)

<b>76410</b>	réduction fermée (unique ou multiple) .....	270,25
	réduction ouverte	
<b>76420</b>	unilatérale .....	460,00
<b>76430</b>	bilatérale .....	671,50
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprend l'intervention sur les tissus palpébraux)	
<b>76511</b>	unilatérale .....	460,00
<b>76512</b>	bilatérale .....	671,50
<b>76513</b>	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture .....	135,75
<b>76411</b>	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé .....	270,25
<b>76412</b>	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert .....	460,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
<b>76413</b>	unilatérale .....	460,00
<b>76414</b>	bilatérale .....	671,50
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
<b>76421</b>	unilatérale .....	624,50
<b>76431</b>	bilatérale .....	837,25
	Le Fort III	
<b>76810</b>	réduction fermée .....	472,75
-----	réduction ouverte (prestation incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance).	
<b>79050</b>	Lambeau bicoronal .....	287,50
<b>76551</b>	Réduction de l'os frontal .....	488,75
<b>76555</b>	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse).....	230,00
	Mandibulaire	
<b>76210</b>	réduction fermée (unique ou multiple) .....	349,50
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
<b>76221</b>	approche intra-orale .....	626,75
<b>76222</b>	approche extra-orale .....	626,75
<b>76223</b>	approches intra et extra-orales .....	947,50
	deux sites :	
<b>76231</b>	approche intra-orale .....	835,00
<b>76232</b>	approche extra-orale .....	835,00
<b>76233</b>	approches intra et extra-orales .....	1 254,75
#	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Aucun autre code d'acte ne doit y être facturé.</i>	
	trois sites et plus :	
<b>76241</b>	approche intra-orale .....	978,75
<b>76242</b>	approche extra-orale .....	978,75
<b>76243</b>	approches intra et extra-orales .....	1 466,25
<b>76260</b>	Condyle (réduction ouverte) .....	600,00

**Orbite**

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

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

**Os alvéolaire**

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

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

<b>76911</b>	3 cm et moins . . . . .	39,25
<b>76912</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	52,75
<b>76913</b>	plus de 6 cm . . . . .	63,00

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

**76920** Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . . 100,75

**76930** Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . . 202,50

+ **76939** Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) . . . . . 120,00

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

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

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

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

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

**Mise en place d'attelle osseuse**

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

**Ablation d'attelle osseuse**

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

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

	Luxation	
<b>78115</b>	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	37,50
<b>78125</b>	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	54,75
<b>78200</b>	Ménisectomie totale . . . . .	331,25
<b>78407</b>	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus) . . . . .	433,00
<b>78300</b>	Condylectomie radicale (résection au col) . . . . .	649,50
<b>78400</b>	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle . . . . .	662,50
<b>77160</b>	Ablation de l'apophyse coronoïde . . . . .	333,50
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
<b>78600</b>	médication intra-articulaire incluant la substance . . . . .	65,00
<b>78500</b>	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire) . . . . .	162,25
	Arthroscopie	
<b>78401</b>	arthroscopie diagnostique (lyse et lavage) . . . . .	324,75
<b>78410</b>	arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée) . . . . .	487,00

**Ostéotomie**

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

**Mandibulaire**

<b>77121</b>	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77451</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77422</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77440</b>	segmentaire préprothétique . . . . .	451,25

**Maxillaire**

<b>77310</b>	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) . . . . .	1 031,50
	(cet acte compte pour 2 ostéotomies)	
<b>77411</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77412</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77400</b>	segmentaire préprothétique . . . . .	716,50
<b>77720</b>	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur) . . . . .	138,50
<b>77320</b>	Le Fort II . . . . .	C.S.
<b>77325</b>	Le Fort III . . . . .	C.S.
<b>77315</b>	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale) . . . . .	364,75
<b>77305</b>	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort) . . . . .	1 031,50

**Ostéotomie inter-dentaire :**

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

<b>77610</b>	au maxillaire . . . . .	207,75
<b>77611</b>	à la mandibule . . . . .	207,75

**Corticotomie**

<b>77600</b>	Corticotomie (par dent : maximum de 4 dents par maxillaire). Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent . . . . .	85,50
--------------	---	-------

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

<b>77452</b>	repositionnement bilatéral . . . . .	506,50
<b>77453</b>	diminution . . . . .	380,00

**PROTHÈSE ACRYLIQUE**

# **AVIS :** Ces services ne sont assurés que pour les prestataires d'une 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).

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

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

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

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

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

+ 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.*

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

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

**Complète**

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

**Partielle**

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

## Les services dentaires assurés

(À compter du 15-05-92)

TYPE DE SERVICES	(***) MILIEU HOSPITALIER	CABINET
<b>Examens et consultations</b>		
Examen et consultation	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
Examen d'urgence	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
<b>Prévention</b>		
Enseignement	Prestataire <sup>1</sup> 12 et plus	Prestataire <sup>1</sup> 12 et plus
Nettoyage	Prestataire <sup>1</sup> 12 et plus	Prestataire <sup>1</sup> 12 et plus
Application de fluorure	Prestataire <sup>1</sup> 12 à 15	Prestataire <sup>1</sup> 12 à 15
Détartrage	Prestataire <sup>1</sup> 16 et plus	Prestataire <sup>1</sup> 16 et plus
<b>(*) Radiologie</b>		
Intra-orale	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
(**) Extra-orale : panoramique	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
Extra-orale : autres	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
<b>Restauration ou dentisterie opératoire</b>		
# Obturation - couronne préfabriquée - tenon	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
<b>Endodontie</b>		
# Pansement sédatif	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
Pulpotomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
Traitement de canal sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup> 0 à 12	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup> 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
<b>Chirurgie buccale</b>		
Ablation de dents ou de racines	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire <sup>1</sup>
<b>Prostodontie (1 prothèse par 8 ans)</b>		
# Parodontie et orthodontie	Prestataire <sup>1</sup> Non assuré	Prestataire <sup>1</sup> Non assuré
(*) Service assuré; la rémunération est incluse dans les services assurés (Règle d'application 2.9 de l'Annexe I).		
(**) Chirurgiens buccaux : voir entente, annexe III, Lettre d'entente n° 1		
(***) Centre hospitalier ou établissement universitaire		
1 Le mot Prestataire du présent tableau identifie un prestataire d'une aide financière de dernier recours.		

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

## # TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

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 <sup>er</sup> juillet 08	1 <sup>er</sup> juillet 09
Fête du Travail	3 septembre 07	1 <sup>er</sup> septembre 08	7 septembre 09
Action de Grâce	8 octobre 07	13 octobre 08	12 octobre 09
Veille de Noël	24 décembre 07	24 décembre 08	24 décembre 09
Fête de Noël	25 décembre 07	25 décembre 08	25 décembre 09
Lendemain de Noël	26 décembre 07	26 décembre 08	28 décembre 09
Veille du jour de l'An	31 décembre 07	31 décembre 08	31 décembre 09
Jour de l'An	1 <sup>er</sup> janvier 08	1 <sup>er</sup> janvier 09	1 <sup>er</sup> janvier 10
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 08	2 janvier 09	4 janvier 10
Vendredi Saint	21 mars 08	10 avril 09	2 avril 10
Lundi de Pâques	24 mars 08	13 avril 09	5 avril 10

**AVIS** : Pour un service rendu en vertu de la règle 1.8, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés à la règle 1.8.

Pour un service rendu en vertu du point 4 de la règle 2.0, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés au point 4 de la règle 2.0.

## # 6. DIAGNOSTICS

**INDEX ALPHABÉTIQUE****AVANT-PROPOS**

Le répertoire des principaux diagnostics sélectionnés par la Régie de l'assurance maladie du Québec est tiré de la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies. Il ne la remplace pas; elle continue toujours à servir de base au codage des données diagnostiques pour l'établissement des statistiques officielles de morbidité et de mortalité.

Le répertoire est un outil de travail simplifié, qui regroupe les diagnostics les plus fréquemment posés par les professionnels de la santé. Il n'est pas un guide terminologique, ni une nomenclature. C'est une liste ou un catalogue de termes qui servent à désigner des états morbides ou des traumatismes. À dessein, et forcément, il contient des termes vagues, d'usage courant, et bien souvent non conformes à la terminologie médicale. Il convient de souligner que ces termes se réfèrent toujours à une pathologie ou à un siège anatomique.

La Régie n'entend pas imposer la codification aux professionnels; cependant, elle estime devoir leur proposer de coder eux-mêmes les diagnostics ou de les faire coder par leur secrétariat. L'inscription du diagnostic sur la demande de paiement à l'aide d'un code numérique constitue en effet un moyen d'abrégier le travail : il est plus simple d'inscrire 749.2, que d'inscrire « fissure du palais avec bec de lièvre ». Et il suffira de très peu de temps pour comprendre et utiliser le recueil.

**GUIDE D'INSTRUCTIONS POUR LE CODAGE DES DIAGNOSTICS****(RECUEIL ABRÉGÉ DE CIM)****AGENCEMENT ET STRUCTURE DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE DU RÉPERTOIRE**

L'index alphabétique identifie les maladies en général, ainsi que les causes de morbidité, les tumeurs et les traumatismes selon leur siège anatomique et leur nature.

L'état pathologique ou la maladie sont toujours les mots clés auxquels on doit se référer pour trouver le code approprié.

Remarques en regard des abréviations et autres signes conventionnels utilisés fréquemment dans l'index

**Parenthèses**

Les parenthèses ont une signification particulière. Elles servent à insérer des mots supplémentaires; elles peuvent inclure des synonymes ou désigner une partie d'un organe. Elles laissent au codeur un choix décrivant mieux l'état pathologique, pour lui permettre d'utiliser le numéro de classement correct.

**Exemples :**

tuméfaction (épanchement)  
mâchoire(s) (maxillaires)

**Renvois**

Certaines rubriques comportent des remarques renvoyant à d'autres rubriques, ordinairement plus détaillées, de l'état pathologique.

**Exemple :**

Dent(s) (tissus dentaires durs)  
dépôts (voir ce mot)

**Abréviations**

Les principales abréviations sont :

NCA. «Non classé ailleurs». Cette abréviation avertit le codeur que les caractéristiques spécifiques d'un état pathologique sont classées différemment. Elle s'adjoint ordinairement le quatrième chiffre.8.

SAL. «Sans autre indication», «non spécifié», «sans précision». C'est un terme vague.

**Principes de codage**

Pour les fins du codage, il convient de préciser le sens des termes suivants, pour faciliter le classement.

Fracture avec luxation ou fracture-luxation :

Le codeur doit retenir que la fracture seulement sera codée, s'il s'agit du même siège anatomique.

Fracture non précisée comme simple ou ouverte :

L'utilisateur devra coder la fracture comme étant simple (fermée).

Luxation récidivante :

N'étant pas considérée comme un traumatisme récent, la luxation récidivante sera classée avec les lésions des articulations, sous la rubrique 718.

**DÉFINITIONS**

Pour faciliter à la fois la compréhension et le codage, il est à propos de définir certains termes.

**1. Diagnostic**

Le diagnostic est l'identification d'une maladie à partir des symptômes présentés par le malade.

**2. Diagnostic principal**

Le diagnostic principal est l'expression de la principale pathologie pour laquelle le malade est traité.

L'inscription du diagnostic est de toute première importance pour la recherche médicale et les statistiques. Le codage du diagnostic par le professionnel permettra éventuellement d'accélérer le processus de traitement de sa demande de paiement.

Toutefois sont à éviter :

1. Les termes vagues, s'ils ne se réfèrent pas à une pathologie ou à un siège anatomique particulier, comme «lésion», «douleur», «troubles fonctionnels», etc... Il serait souhaitable de préciser la nature du problème et sa localisation anatomique.  
Exemple : lésion de la bouche.

Toutes ces remarques ne visent qu'à rehausser la qualité de l'information. Le répertoire que nous vous proposons n'est pas exhaustif. Les diagnostics qui n'ont pas été retenus se retrouvent dans la **Classification Internationale des Maladies** et les professionnels qui désireront s'en servir pour coder pourront le faire, puisque ses structures ont été respectées. **Toutefois lorsqu'un code de diagnostic n'a que trois (3) chiffres, veuillez ajouter .9 à ce code.**

## INDEX ALPHABÉTIQUE

## A

## Abcès

alvéole .....	522.5
amygdale .....	475.9
aponévrose .....	728.9
bouche .....	528.3
cavité buccale .....	528.3
cou.....	682.1
dentaire (fermé).....	522.5
dentaire ouvert .....	522.7
dento-alvéolaire (fermé).....	522.5
dento-alvéolaire ouvert.....	522.7
face.....	682.0
fosse nasale .....	478.1
gencive.....	523.3
glandes salivaires.....	527.3
langue (staphylococcique).....	529.0
lèvre (buccale) .....	528.5
luette.....	528.3
malaire.....	526.4
maxillaire (os).....	526.4
molaire ou prémolaire.....	522.5
palais (parties molles).....	528.3
palais (partie osseuse).....	526.4
périamygdalien.....	475.9
périapical (dentaire).....	522.5
périapical	
avec fistule .....	522.7
sans fistule.....	522.5
péridentaire .....	523.5
périodontal d'origine gingivale	
avec fistule.....	523.3
sans fistule.....	523.3
péritonsillaire .....	475.9
pharynx, pharyngé .....	478.2
rétrolaryngé .....	478.7
rétropharyngé.....	478.2
rhino-pharynx .....	478.2
sinus .....	473.9
sous-maxillaire (glande).....	527.3
sublinguale (glande).....	527.3
sublinguale (région) .....	528.3
voies respiratoires	
supérieures .....	478.9

Abrasion de dents (normale) (par dentifrice) (professionnelle) (rituelle) (tissu dur) .....	521.2
---	-------

## Absence

de langue .....	750.1
de menton, congénitale.....	744.9

## Accident (voir traumatisme)

Adénopathie .....	785.6
Aglossie (absence de la langue).....	750.1
Algies	
bouche .....	528.9
dentaire, dents .....	525.9
mâchoire (inférieure, supérieure) ...	526.9
maxillaire .....	526.9
syndrome de Costen .....	524.6
Temporo-mandibulaire (articulation) .....	524.6
Allergie .....	995.3
Alvéolaire	
fissure .....	525.8
ostéite.....	526.5
Alvéolite .....	526.5
Amélogénèse imparfaite .....	520.5
Amygdales et végétations adénoïdes	
hypertrophie.....	474.1
tumeur bénigne .....	210.0
pilliers et fosse .....	210.6
tumeurs malignes.....	146.0 et 146.9
voir aussi Phlegmon	
Amygdalite	
aiguë (angine).....	463.9
chronique .....	474.0
Anémie(s)	
par carence .....	281.9
en acide folique .....	281.2
en fer .....	280.9
pernicieuse .....	281.9
Angine	
de Ludwig .....	528.3
de Vincent .....	101.9
voir aussi Phlegmon périamygdalien	
Ankyloglossie .....	750.0
Ankylose	
articulation temporo-mandibulaire ..	718.5
dentaire .....	521.6
Anodontie.....	520.0
Anomalie(s)	
congénitales	
oreille, face et cou .....	744.9
structure dentaire .....	520.5
système ostéo-musculaire, (crâne, face, mâchoires) .....	756.9
dento-faciales, comprenant les malocclusions.....	524.4

**A - (suite)**

<b>Anomalies - suite</b>		<b>Articulation - suite</b>	
malocclusion - suite		traumatismes superficiels... 910.0, 910.9	
arcades dentaires..... 524.2		tuméfaction (épanchement)..... 719.9	
articulation temporo-		<b>Asymétrie faciale ..... 744.9</b>	
mandibulaire..... 524.6		mâchoires ..... 524.1	
dents		<b>Atrésie d'un canal salivaire ..... 750.2</b>	
incisives ..... 520.2		<b>Atrophie</b>	
position ..... 524.3		crête alvéolaire édentée ..... 525.2	
volume et forme ..... 520.2		glandes salivaires ..... 527.0	
fonctionnelles ..... 524.5		hémifaciale..... 744.9	
lacunaire lors de la formation		papilles linguales ..... 529.4	
de la mandibule..... 526.8		<b>Attrition</b>	
mâchoires..... 524.1		dents ..... 521.1	
<b>Anthrax (voir Furoncle)</b>		excessive ..... 521.1	
Aphte..... 528.2		gencives..... 523.2	
<b>Aphthose</b>		<b>Auriculotemporal, syndrome de l'..... 350.9</b>	
de Bednar ..... 528.2		<b>Avitaminose</b>	
de Mikulicz (mineure, ulcéreuse		A..... 264.9	
récidivante) ..... 528.2		B6..... 266.9	
de Sutton (majeure)..... 528.2		B12..... 266.9	
<b>Apical(e)</b>		voir aussi Carence	
granulome ..... 522.6		<b>Avulsion</b>	
desmodontite		dent..... 873.6	
aiguë d'origine pulpaire ..... 522.4		face	
chronique ..... 522.6		avec complication ..... 873.5	
kyste radiculaire ..... 522.8		sans mention de complication .... 873.4	
périodontite(-) chronique ..... 522.6		parties internes de la bouche	
<b>Aplasia du ciment ..... 520.4</b>		avec complication ..... 873.7	
<b>Aptyalisme ..... 527.7</b>		sans mention de complication .... 873.6	
<b>Arcades dentaires (anomalie de</b>			
rapport) ..... 524.2			
<b>Ariboflavinose ..... 266.9</b>			
<b>Articulation temporo-mandibulaire</b>			
ankylose ..... 718.5			
contusion sans plaie ..... 920.9			
craquements ..... 719.6			
douleur ..... 524.6			
dysfonctionnement douloureux..... 524.6			
écrasement ..... 925.9			
entorse ou foulure ..... 848.1			
hémarthrose ..... 719.9			
lésion(s)			
diverses ..... 718.8			
du fibrocartilage ..... 718.0			
limitation des mouvements..... 719.9			
luxation récente			
compliquée..... 830.1			
simple ..... 830.0			
pathologique non récidivante ..... 718.2			
récidivante..... 718.3			
raideur par contracture ..... 718.4			

**B**

Béance occlusale dentaire (antérieure) (postérieure) .....	524.2
<b>Bec-de-lièvre</b>	
avec fissure du palais (voir Chéilo-gnatho-palatoschisis) simple (voir Chéiloschisis)	
<b>Behcet, syndrome</b> .....	136.9
<b>Béjel</b> .....	104.9
<b>Béribéri</b> .....	265.9
<b>Bétel</b> .....	521.7, 523.6
<b>Bifide</b>	
langue .....	750.1
luette .....	749.0
<b>Blessure (voir Traumatisme)</b>	
<b>Botryomycome</b> .....	528.9
<b>Bredouillement</b> .....	784.5
<b>Brûlure</b>	
de la face .....	941.9
de la tête et cou .....	941.9
organes internes .....	947.9
bouche et pharynx .....	947.0
gencive .....	947.0
langue .....	947.0
sensation	
bouche .....	782.0
langue .....	529.6
<b>Bruxisme</b> .....	781.0

**C**

<b>Calcification</b>	
pulpaire .....	522.2
<b>Canal incisif, kyste</b> .....	526.1
<b>Cancer (voir Tumeurs malignes)</b>	
<b>Cancrum oris (stomatite gan- gréneuse)</b> .....	528.1
<b>Candidose(s)</b>	
buccale .....	112.0
muguet .....	112.0
<b>Capillaires, maladies des</b> (voir Télangiectasies)	
<b>Carcinome</b>	
ayant pour origine un kyste odontogène .....	170.0
<b>Carence(s)</b> .....	269.9
en sels minéraux .....	269.9
en vitamine A .....	264.9
en vitamine B .....	265.9, 266.9
en vitamine C (acide ascorbique) ..	267.9
en vitamine D .....	268.9
ostéomalacie .....	268.9
évolutif .....	268.9
séquelles .....	268.9
<b>Carie 521.0 : Veuillez cocher la case appropriée sur la demande de paiement</b>	
arrêtée .....	521.0
du ciment .....	521.0
de la dentine .....	521.0
de l'émail (tache blanche) .....	521.0
odontoclasie .....	521.0
rampante .....	521.0
<b>Cellulite (aiguë)</b> .....	682.0
<b>Cément</b>	
aplasie, hypoplasie .....	520.4
carie .....	521.0
hypercémentose .....	521.5
<b>Céphalée</b> .....	784.0
<b>Cestodes, infections à</b> .....	123.9
<b>Chéilite</b>	
commissurale .....	528.5
glandulaire apostématique .....	528.5
SAI .....	528.5
<b>Chéilodynie</b> .....	528.5

**C - (suite)**

Chéilo-gnatho-palatoschisis		Cou	
bilatéral.....	749.2	anomalies congénitales.....	744.9
médian.....	749.1	brûlure.....	941.0
SAI.....	749.1	contusion.....	920.9
unilatéral		furoncle et anthrax.....	680.1
droite.....	749.1	traumatisme superficiel	
gauche.....	749.1	avec infection.....	910.1
sans précision.....	749.1	sans infection.....	910.0
Chéiloschisis.....	749.1	séquelles.....	906.2
Chérubisme.....	526.8	Couleur des dents, changement	
Chevauchement d'une dent ou de		(voir Dents)	
plusieurs.....	524.3	Coup (voir Traumatisme)	
Choc, sans mention de traumatisme.....	785.5	Crânio-faciale, dystosose.....	756.9
Choc traumatique.....	958.4	Crâniosynostose.....	756.9
Chondro dystrophies.....	756.9	Crête alvéolaire édentée (crête résiduelle)	
Chondro-ectodermique, dysplasie....	756.9	atrophie.....	525.2
Cicatrice(s)		granulome pyogénique.....	528.9
de fente labiale.....	749.1	hypertrophie SAI.....	525.8
de Parrot.....	090.5	irrégularités.....	525.8
Coloration de l'émail.....	521.7	leucoplasie.....	528.6
Complication post-opératoire		tumeurs malignes.....	143.9
(intervention faite par un autre		Crête gingivale flottante.....	523.8
dentiste).....	998.9	Crohn, maladie.....	555.9
Concrescence.....	520.2	Crouzon, maladie.....	756.9
Condyle mandibulaire		Cyanocobalamine, déficit.....	266.9
hyperplasie unilatérale.....	526.8	Cysticerose.....	123.1
hypoplasie unilatérale.....	526.8		
Contusion			
bouche.....	920.9		
face, cuir chevelu et cou.....	920.9		
gorge.....	920.9		
joue.....	920.9		
lèvre.....	920.9		
nez.....	920.9		
oreille.....	920.9		
séquelles.....	906.3		
Coquille, dent en.....	520.5		
Corps étranger			
bouche.....	935.0		
cavité buccale.....	935.0		
gencive(s).....	935.0		
langue.....	935.0		
palais.....	935.0		
résiduel dans un tissu mou.....	729.6		
Costen, syndrome.....	524.6		

## D

Dégénérescences pulpaire.....	522.2	Dent(s) - suite	
Déglutition anormale .....	524.5	incisives	
Dens in dente .....	520.2	anomalies .....	520.2
Dent(s) (tissus dentaires durs)		de Hutchinson .....	090.5
abrasion.....	521.2	incluses .....	520.6
absence .....	525.1	incluses, avec position anormale	
consécutives à accident, extrac-		de ces dents ou des dents	
tion ou affection pério-		adjacentes.....	524.3
dontale locale .....	525.1	intrusion.....	873.6
amelogenesis imperfecta .....	520.5	invaginée.....	520.2
ankylose .....	521.6	luxation .....	873.6
anomalies		macrodontie .....	520.2
de volume et de forme.....	520.2	microdontie .....	520.2
aplasie du cément.....	520.4	mobile .....	525.9
attrition excessive.....	521.1	molaires en forme de mûre .....	090.5
avulsée .....	873.6	natales.....	520.6
avulsion (extraction) .....	873.6	néonatales.....	520.6
caries.....	521.0	noircie.....	522.9
<b>Veillez cocher la case</b>		odontodysplasie régionale.....	520.4
<b>appropriée sur la demande</b>		odontogenesis imperfecta .....	520.2
<b>de paiement</b>		odontome intradentaire.....	520.2
cassées .....	873.6	perte d'émail .....	520.2
avec complication .....	873.7	prémolarisation.....	520.2
chevauchement.....	524.3	résorption pathologique	
concréscence.....	520.2	externe.....	521.4
conique.....	520.2	interne.....	521.4
coquille, en .....	520.5	rétention .....	520.6
couleur, changement pendant la		rotation .....	524.3
formation dû à		sensible .....	525.9
incompatibilité sanguine.....	520.8	structure, anomalies héréditaires ..	520.5
malformation biliaire .....	520.8	submergée.....	520.6
porphyrie .....	520.8	surnuméraires (supplémentaires) ..	520.1
tétracycline .....	520.8	tachetées.....	520.3
voir aussi teinte ci-dessous		teinte, modification due à	
dégénérescences pulpaire .....	522.2	bétel.....	521.7
déplacement .....	524.3	hémorragie pulpaire .....	521.7
dépôts (voir Dépôt)		métaux.....	521.7
émail (voir Email)		SAI .....	521.7
enclavées .....	520.6	voir aussi Email	
en gâteau de miel de Tomes.....	090.5	temporaires	
érosion (voir Érosion)		chute prématurée .....	520.6
espacement .....	524.3	persistance.....	520.6
évaginées (tubercule occlusal) .....	520.2	transposition.....	524.3
exfoliation .....	525.0	volume et forme, anomalies .....	520.2
extrusion .....	873.6	voir aussi Eruption dentaire,	
flurose .....	520.3	Racine dentaire	
formation, troubles.....	520.4	Dentifrice, abrasion par.....	521.2
fractures (voir Fractures)		Dentine	
fusion et gémination .....	520.2	carie .....	521.0
hypercémentose .....	521.5	dysplasie.....	520.5
hypoplasie (voir Hypoplasie)		hypersensibilité .....	521.8
hypoplasiques de Turner.....	520.4	secondaire ou irrégulière .....	522.3
imbrication.....	524.3		

**D - (suite)**

Dentinogenesis imperfecta.....	520.5
Dentome intradentaire .....	520.2
Déplacement (dents).....	524.3
Dépôts sur les dents	
dus à l'habitude de mâcher	
du bétel .....	523.6
dus au tabac .....	523.6
film pigmenté.....	523.6
materia alba .....	523.6
sans précision .....	523.6
tartre sous-gingival.....	523.6
tartre sus-gingival.....	523.6
<b>Dermatoses bulleuses</b>	
pemphigus benin des	
muqueuses.....	694.6
stomatite bulleuse muco-syné-	
chiant et atrophiant .....	694.6
<b>Desmodontite apicale</b>	
aiguë .....	522.4
chronique .....	522.6
<b>Desmodontose .....</b>	<b>523.5</b>
<b>Diabète sucré .....</b>	<b>250.9</b>
<b>Diastème .....</b>	<b>524.3</b>
<b>Dislocation du maxillaire .....</b>	<b>830.0</b>
<b>Distocclusion .....</b>	<b>524.2</b>
<b>Doigts, habitudes .....</b>	<b>524.5</b>
<b>Douleur</b>	
articulation temporo-	
mandibulaire (ATM).....	524.6
articulation temporo-maxillaire	
(ATM).....	524.6
bouche .....	528.9
dent(s), dentaire.....	525.9
face .....	784.0
gencive(s) .....	523.9
joue.....	784.0
langue .....	529.6
mâchoire(s) .....	526.9
maxillaire(s) .....	526.9
<b>Dysarthrie .....</b>	<b>784.5</b>
<b>Dyslalie .....</b>	<b>784.5</b>
<b>Dysostose</b>	
crânio-faciale.....	756.9
mandibulo-facial.....	756.9
<b>Dysphagie .....</b>	<b>787.5</b>
sidéropénique .....	280.9
<b>Dysphasie .....</b>	<b>784.5</b>
<b>Dysplasie</b>	
chondro-ectodermique .....	756.9
de la dentine .....	520.5
fibreuse des maxillaires .....	526.8
périapicale	
polyostétiq ue .....	756.9

**E**

Eblouissement .....	780.4
Ecchymose (voir Contusion)	
<b>Egratignure</b>	
avec infection.....	910.1
sans infection .....	910.0
<b>Email</b>	
carie .....	521.0
fracture (ou clivage).....	873.6
hypoplasie.....	520.4
perte d'émail .....	520.2
taches	
blanches.....	521.0
dues à fluorose.....	520.3
sans fluorose .....	520.3
<b>Emphysème sous-cutané</b>	
d'origine traumatique.....	958.7
dû à une intervention chirur-	
gicale .....	998.8
<b>Enamélope (perle d'émail) .....</b>	<b>520.2</b>
<b>Enflure</b>	
bouche .....	528.0
ganglions .....	785.6
gencives.....	523.1
<b>Entaille labiale.....</b>	<b>749.1</b>
<b>Entérite régionale.....</b>	<b>555.0</b>
<b>Epanchement</b>	
articulation temporo-mandibulaire	719.9
kyste muqueux par .....	527.6
<b>Epiglotte, tumeur maligne</b>	
face antérieure .....	146.4
<b>Epulis</b>	
à cellules géantes.....	523.8
<b>Erosion dentaire</b>	
due à habitudes alimentaires	
ou médicaments .....	521.3
due à régurgitations ou vomis-	
sements périodiques .....	521.3
idiopathique .....	521.3
professionnelle.....	521.3
SAI.....	521.3
<b>Eruption dentaire .....</b>	<b>520.6</b>
ectopique .....	520.9
prématurée.....	520.6
syndrome .....	520.7
tardive .....	520.6
voir aussi Dents (enclavées,	
incluses, natales, néonatales,	
temporaires)	
<b>Erythroleucémie.....</b>	<b>207.0</b>
<b>Erythroplasie</b>	
de la muqueuse buccale	
(y compris langue).....	528.7

**E (suite)**

Espacement des dents.....	524.3
Examen de contrôle V.....	58.9
Examen de prévention V.....	72.2
Exfoliation dentaire due à des causes générales.....	525.0
Exostose.....	526.8
Etourdissement.....	780.4

**F**

<b>Face</b>	
anomalies congénitales	
asymétrie.....	744.9
oreille, face et cou.....	744.9
os de la face.....	756.9
brûlure.....	941.0
contusion.....	920.9
emphysème sous-cutané d'ori- gine traumatique.....	958.7
plaie	
avec complication.....	873.5
sans complication.....	873.4
traumatismes.....	959.0
traumatismes superficiels	
avec infection.....	910.1
sans infection.....	910.0
<b>Fente labiale sans fente palatine</b> (voir Chélioschisis)	
supposée.....	749.1
<b>Fente de la luvette.....</b>	749.0
<b>Fermeture des maxillaires,</b>	
anormale.....	524.5
<b>Fétidité de l'haleine.....</b>	784.9
<b>Fibrolipome.....</b>	214.9
<b>Fibromatose</b>	
gingivale.....	523.8
<b>Fibrome</b>	
cavité buccale.....	210.4
muqueuse.....	210.4
face.....	229.8
gencives.....	210.4
inférieures.....	210.4
supérieures.....	210.4
glandes salivaires.....	210.2
accessoires.....	210.4
parotide.....	210.2
principale.....	210.2
sous-maxillaire.....	210.2
sublinguale.....	210.2
lèvre.....	210.0
commissure.....	210.4
maxillaire supérieur.....	213.0
maxillaire inférieur.....	213.1
non précisé.....	215.9
<b>Fibrose</b>	
kystique.....	277.0
sous-muqueuse buccale.....	528.8
<b>Fibrosite des muscles</b>	
masticatoires.....	729.0
<b>Fissuraire (voir Kystes des maxillaires)</b>	

**F - (suite)****Fissure**

oreille, face et cou	
branchiale.....	744.9
cou palmé (ptérygion du cou).....	744.9
linguale congénitale .....	750.1
palais	
avec bec-de-lièvre (voir Chélio- gnatho-palatoschisis)	
lurette bifide.....	749.0
palais dur.....	749.0
palais dur et mou.....	749.0
palais mou.....	749.0
SAI.....	749.0
sous-muqueuse.....	749.0

**Fistule**

buccale (de la muqueuse buccale).....	528.9
dentaire.....	522.7
dermique (abcès dentaire).....	522.7
glandes salivaires .....	527.4
congénitale.....	750.2
lèvres.....	528.5
oronasale (avec fissure palais).....	749.0
préauriculaire.....	744.9
sinus de la face.....	473.9
voir aussi Abcès	

**Fluorose dentaire.....** 520.3

**Folliculite chronique hyperplasique... 523.4**

**Fordyce, maladie.....** 750.2

**Formation (voir Dents, dormation)**

**Fracture(s)**

alvéole dentaire.....	802.8
alvéole dentaire ouverte.....	802.9
crâne	
base (ethmoïde, occipital, temporal, etc.).....	801.9
voûte (frontal, pariétal, vertex).....	800.9
dent.....	873.6
couronne	
avec lésions pulpaire.....	873.6
sans lésions pulpaire.....	873.6
sans précision.....	873.6
couronne et racine .....	873.6
émail dentaire.....	873.6
radiculaire.....	873.6
mâchoires	
non consolidée.....	733.9
pathologique.....	733.1

maxillaire inférieur (mandibule), simple angle.....	802.2
apophyse coronoïde .....	802.2
branche horizontale (corps).....	802.2
branche montante .....	802.2
condyle.....	802.2
multiple.....	802.2
os alvéolaire .....	802.2
sans précision .....	802.2
symphyse.....	802.2
maxillaire inférieur, ouverture .....	802.3
maxillaire supérieur, simple.....	802.4
multiple.....	802.4
os alvéolaire .....	802.4
os malaire (zygoma).....	802.4
palais.....	802.4
maxillaire supérieur, ouverte.....	802.5
multiples du crâne et de la face ....	804.9
nez	
simple.....	802.0
ouverte.....	802.1

**Frein**

de la langue, anomalie.....	750.0
de la lèvre, anomalie.....	750.2

**Furoncle et anthrax, furunculose**

cou.....	680.1
face.....	680.0

**Fusion, dents.....** 520.2

**G**

Ganglions		Glandes salivaires - suite	
enflure (lymphadénopathie) .....	785.6	tumeur bénigne	
Gangrène pulpaire .....	522.1	glande parotide .....	210.2
Gangréneuse, stomatite .....	528.1	glande sous-maxillaire .....	210.2
Gémination .....	520.2	glande sublinguale .....	210.2
Géographique		sans précision .....	210.9
langue .....	529.1	tumeur maligne	
stomatite .....	528.7	mêmes subdivisions 142.0, 142.1,	
Germe dentaire, dislocation .....	520.4	142.2, 142.9	
Gingival(e)		mixte (intra-osseuse) .....	170.1
crête flottante .....	523.8	Globulo-maxillaire, kyste .....	526.1
fibromatose .....	523.8	Glomique, tumeur .....	228.0
kyste .....	523.8	Glossalgie .....	529.6
rétraction		Glossite .....	529.0
généralisée .....	523.2	atrophique SAI .....	529.4
localisée .....	523.2	exfoliative marginée .....	529.1
sans précision .....	523.2	losangique médiane .....	529.2
Gingivite		superficielle migratoire .....	529.1
aiguë .....	523.0	syphilitique .....	095.9
chronique .....	523.1	Glossodynie .....	529.6
d'éruption .....	523.9	Glossoptose .....	750.1
de Vincent .....	101.9	Glossopyrosis .....	529.6
desquamative .....	523.1	Glycigénose .....	271.0
hyperplasique .....	523.1	Goitre simple .....	240.9
marginale simple .....	523.1	Gomme de la cavité buccale .....	095.9
sans précision .....	523.9	Gonococciques, infections	
ulcéreuse .....	523.1	de l'articulation temporo-	
de Vincent .....	101.9	mandibulaire .....	098.5
nécrotique aiguë (G.U.N.A.) .....	(101.9)	Goût, trouble sensitif .....	781.1
Gingivo-stomatite .....	523.1	Granulome	
herpétique .....	054.2	apical .....	522.6
Glandes salivaires		à cellules géantes (central)	
abcès .....	527.3	(maxillaire) .....	526.3
absence .....	750.2	gencive .....	523.8
accessoire .....	750.2	périphérique (gencive) .....	523.8
atrophie .....	527.0	de la muqueuse buccale	
fistule .....	527.4	éosinophile .....	528.9
congénitale .....	750.2	pyogène .....	528.9
hypertrophie .....	527.1	pulpaire (pink spot) .....	521.4
lésion lympho-épithéliale bénigne .....	527.8	Grenouillette .....	527.6
lithiase salivaire .....	527.5	Grippe .....	487.8
maladie de Mikulicz .....	527.5	G.U.N.A. (voir Gingivite ulcéreuse	
sécrétion, troubles .....	527.7	nécrotique aiguë) .....	101.9
sialectasie .....	527.8		
sialites .....	527.2		
sialoadénite .....	527.2		
sialométaplasie nécrosante .....	527.8		
sialose .....	527.8		
sialolithiase .....	527.5		
sténose .....	527.8		

**H**

Habitudes (voir Bétel, Doigts, Langue, Lèvres)		Hypertrophie - suite	
Halitose.....	784.9	lèvre, congénitale.....	744.9
Hallermann-Streiff-François, syndrome.....	756.9	papilles foliées.....	529.3
Hémangiopéricytome		Hypodontie.....	520.0
Hémarthrose.....	719.9	Hypoplasie	
Hématome		de l'émail.....	520.4
tête et cou.....	920.9	néonatale.....	520.4
Hémorragie		prénatale.....	520.4
alvéole dentaire.....	525.8	du ciment.....	520.4
amygdale.....	474.8	du condyle mandibulaire, unilatérale.....	526.8
bouche.....	528.9	de la mandibule.....	524.0
dent.....	525.8	du maxillaire.....	524.0
gencive.....	523.8	Hypoplasique, dent (-) de Turner.....	520.4
Hémorragique(s)		Hyposécrétion salivaire.....	527.7
affections SAI.....	287.0		
kyste.....	526.2		
thrombasthésie.....	287.1		
Herpès.....	054.0		
gingivo-stomatite.....	054.9		
eczéma herpétiforme de Kaposi.....	054.0		
pustulose varicelliforme de Kaposi.....	054.0		
stomatite herpétiforme.....	528.2		
Hodgkin, maladie.....	201.9		
Hutchinson, incisives.....	090.5		
Hypercémentose.....	521.5		
Hyperémie pulpaire.....	522.0		
Hyperplasie			
du ciment.....	521.5		
du condyle mandibulaire, unilatérale.....	526.8		
épithéliale localisée.....	528.7		
gingivale prothétique.....	523.8		
inflammatoire de la muqueuse buccale.....	528.9		
localisée.....	523.8		
de la mandibule.....	524.0		
du maxillaire.....	524.0		
Hypersécrétion salivaire.....	527.7		
Hypersensibilité de la dent.....	525.9		
Hypersensibilité de la dentine.....	521.8		
Hypertélorisme.....	756.0		
Hypertrophie			
amygdales et végétations.....	474.1		
crête alvéolaire.....	525.8		
glandes salivaires.....	527.1		
hémifaciale.....	744.9		
langue.....	529.8		

## I

Idiopathique, érosion .....	521.3
Imbrication, dents.....	524.0
Immunitaires, troubles (voir Déficit immunitaire)	
Incisives de Hutchinson.....	090.5
Incluses, dents .....	520.6
Infection	
bouche NCA.....	528.9
candida.....	112.0
dent(s) .....	522.4
alvéolaire .....	526.5
périapical .....	522.4
péridentaire .....	523.3
gonococcique de l'articulation temporo-mandibulaire .....	098.5
Inflammation	
alvéoles dentaires .....	526.5
bouche .....	528.0
gencive.....	523.1
glande salivaire .....	527.2
langue.....	529.0
lèvres (buccales).....	528.5
maxillaire (os) .....	526.4
Inquiétude	
enfant.....	V65.5
mère .....	V65.5
parents .....	V65.5
patient.....	V65.5
père .....	V65.5
Intrusion dent .....	873.6

## J

Joue, morsure .....	528.9
---------------------	-------

## K

Kaposi	
eczéma.....	054.0
Kyste(s)	
branchial .....	744.4
dentaire .....	522.8
lié à éruption .....	526.0
dentigère (folliculaire) .....	526.0
dermoïde .....	528.4
des maxillaires, anévrysmal .....	526.2
épidermoïde (kératinisant) .....	526.0
périodontal latéral.....	526.0
sans précision .....	526.0
épidermoïde (perles d'Epstein) .....	528.4
fissuraire (non odontogène)	
globulo-maxillaire .....	526.1
médián-palatin.....	526.1
naso-palatin (du canal incisif) .....	526.1
de la papille palatine .....	526.1
sans précision.....	526.1
gingival.....	523.8
hémorragique (traumatique) .....	526.2
latent des os (de Stafne) .....	526.8
sans précision .....	526.2
lympho-épithélial .....	528.4
muqueux par épanchement.....	527.6
muqueux rétionnel.....	527.6
naso-labial (naso-alvéolaire) .....	528.4
radiculaire (périapical)	
apical et latéral .....	522.8
résiduel.....	522.8
sébacé .....	528.4
Kystique	
fibrose .....	277.0

## L

<b>Lacération</b>		<b>Leucoplasie</b>	
bouche .....	873.6	gencive et crête alvéolaire	
avec complication .....	873.7	édentée .....	523.8
gencive(s) .....	873.6	moniliasique multifocale	
avec complication .....	873.7	(ou à Candida) .....	112.0
<b>Langue</b>		muqueuse buccale (de la).....	528.6
abcès .....	529.0	<b>Lèvre(s)</b>	
absence congénitale (aglossie)....	750.1	bec-de-lièvre simple (voir	
adhérence congénitale .....	750.1	Chéiloschisis)	
atrophie .....	529.8	creusées .....	750.2
attachée (ankyloglosse) .....	750.0	fentes labiales supposées .....	749.1
brûlante .....	529.6	fissure du palais avec bec-de-	
brune .....	529.3	lièvre (voir Chéilo-gnatho-	
crénelée .....	529.8	palatoschisis)	
double ou triple .....	750.1	fistules .....	528.5
douloureuse (glossodynie).....	529.6	habitudes .....	524.5
érythroplasie.....	528.7	hypertrophie congénitale .....	744.9
fibrose sous-muqueuse buccale....	528.8	maladies.....	528.5
fissurale (plicaturée).....	529.5	macrochéilie.....	744.9
fissure congénitale .....	750.1	mélanome malin	
géographique.....	529.1	bord libre ou face muqueuse ....	140.0,
habitudes .....	524.5, 529.4	140.9	
hémiatrophie .....	529.8	face cutanée .....	172.0,173.0
hémihypertrophie .....	529.8	microchéilie .....	744.9
hyperplasie épithéliale localisée ..	528.7	morsure .....	528.9
hypertrophie .....	529.8	voir aussi Tumeurs, lèvre	
leucoedème .....	528.7	<b>Lithiase salivaire</b> .....	527.5
leucoplasie .....	528.6	<b>Loupes (de la tête)</b> .....	784.2
noire pileuse (villeuse) .....	529.3	<b>Ludwing, angine</b> .....	528.3
saburrale .....	529.3	<b>Luette</b>	
scrotale (striée) .....	529.5	absence .....	750.2
ulcération traumatique .....	529.0	bifide .....	749.0
ulcère SAI .....	529.0	fente .....	749.0
voir aussi Glossite, Papilles		phlegmon .....	528.3
linguales, Tumeurs (langue),		<b>Luxation</b>	
Varices		dentaire .....	873.6
<b>Lésion</b>		maxillaire .....	830.0
buccale .....	528.9	temporo-mandibulaire (syn. : sub	
dent(s) .....	525.9	luxation) (voir Articulation	
<b>Leucémie</b>		temporo-mandibulaire)	
à cellules souches.....	208.0	<b>Lymphadénite aiguë</b> .....	683.9
monocytaire SAI .....	206.9	<b>Lymphadénopathie</b> .....	785.6
myéloïde SAI .....	206.9		
<b>Leucoedème</b> .....	528.1		
<b>Leucokératose nicotinique du</b>			
<b>palais</b> .....	528.7		

## M

<b>Mâchoire(s) (maxillaires)</b>		<b>Malformation dentaire</b> .....	520.4
affections inflammatoires.....	526.4	<b>Malocclusion (dents)</b> .....	524.4
anomalies importantes de		due à	
dimension .....	524.0	absence de dents .....	524.3
asymétrie .....	524.1	déglutition anormale.....	524.5
dysplasie fibreuse .....	526.8	mauvaises habitudes (impli-	
périapicale.....	213.9	quant la langue, les lèvres ou	
polyostéique .....	756.5	les doigts).....	524.5
granulome central à cellules		respiratoire buccale.....	524.5
géantes.....	526.3	sans précision .....	524.9
macrognathie (des deux		<b>Malposition des dents</b> .....	524.3
mâchoires).....	524.0	<b>Mandibule (syn. : maxillaire</b>	
maladie osseuse de Paget.....	731.9	<b>inférieur)</b>	
micrognathie.....	524.0	fracture	
ostéomyélites.....	526.4	ouverte.....	802.3
ostéopathies .....	733.0	simple .....	802.2
périostite.....	526.4	macrognathie (hyperplasie) .....	524.0
syphilis symptomatique		micrognathie (hypoplasie) .....	524.0
récente (secondaire) .....	091.6	prognathie .....	524.1
tardive (ostéite) .....	095.9	rétrognathie .....	524.1
tumeur maligne SAI .....	170.9	torus .....	526.8
voir aussi Kystes, Luxation		tumeur bénigne	
<b>Macrochéilie</b> .....	744.9	os et cartilage.....	213.1
<b>Macrodontie</b> .....	520.2	tissus odontogènes .....	213.1
<b>Macroglossie congénitale</b> .....	750.1	zone rétromolaire.....	210.4
<b>Macrostomie</b> .....	744.9	tumeur maligne	
<b>Malabsorption, syndrome,</b>		odontogène .....	170.1
sans précision .....	579.9	salivaire intra-osseuse .....	170.1
<b>Maladie (de)</b>		sans précision .....	170.9
Besnier-Boeck-Schaumann.....	135.9	sarcome .....	170.1
Crohn.....	555.9	zone rétromolaire.....	145.6
Crouzon.....	756.0	tumeur SAI.....	239.2
Ellis-Vancreveld.....	756.9	voir aussi Anomalie dento-faciale,	
Fordyce .....	750.2	Articulation temporo-mandibulaire,	
Heck .....	528.7	Condyle mandibulaire,	
Hodgkin .....	201.9	Mâchoire(s)	
Mikulicz.....	527.8	Manque d'espace.....	524.3
Paget .....	731.0	<b>Mastication, sudation et rougeur</b>	
Reiter .....	099.9	<b>par</b> .....	350.9
Von Gierke .....	271.0	<b>Masticatoires, fibrosite des</b>	
Werlhof .....	287.9	<b>muscles</b> .....	729.0
<b>Maladie(s)</b>		<b>Matéria alba (dépôts sur les</b>	
coeliaque.....	579.9	<b>dents)</b> .....	523.6
des globules blancs		<b>Mauvaise haleine</b> .....	784.9
vénériennes		<b>Maxillaire inférieur (voir Mandi-</b>	
granulome inguinal.....	099.9	<b>bule)</b>	
infections gonococques.....	098.8	<b>Maxillaire (supérieur)</b>	
articulation temporo-		fracture	
mandibulaire .....	098.5	ouverte.....	802.5
syphilis.....	090.0, 095.9	simple .....	802.4
<b>Malaise</b> .....	780.7	macrognathie (hyperplasie) .....	524.0
dent .....	525.9	micrognathie (hypoplasie) .....	524.0
		prognathie .....	524.1
		rétrognathie .....	524.1

**M - (suite)**

Maxillaire (supérieur) - suite		Morsure (voir plaie ou joue ou lèvre)	
sarcome .....	170.0	<b>Mucocèle</b>	
odontogène .....	170.0	cavité buccale.....	528.9
sinus		glandes salivaires .....	527.6
polype.....	471.8	<b>Mucoviscidose</b> .....	277.0
tumeur maligne.....	160.2	<b>Muguet</b> .....	112.0
sinusite		<b>Muqueuses buccales, plaques</b>	
aiguë.....	461.9	syphilitiques .....	091.3
chronique .....	473.9	<b>Muscle(s)</b>	
tubérosité, tumeur SAI.....	239.0	masticatoires, rhumatisme	
tumeur bénigne		(fibrosite) .....	729.0
odontogène .....	213.0	<b>Myalgie</b> .....	729.1
os et cartilage.....	213.0	<b>Mycoses</b> .....	112.9, 117.9
tubérosité .....	145.6	<b>Myélome</b>	
tumeur maligne		multiple.....	203.9
odontogène .....	170.0	<b>Myélose érythémique aiguë</b> .....	207.0
salivaire intraosseuse .....	170.0	bénin de la muqueuse buccale,	
sans précision .....	170.9	congénital .....	750.2
sarcome.....	170.0	congénital de Cannon.....	750.2
tubérosité .....	145.6	épithélial.....	750.2
tumeur SAI.....	239.2	spongieux .....	750.2
voir aussi Mâchoire(s)			
<b>Mélanodontie infantile</b> .....	521.0		
<b>Mélanodontoclasie</b> .....	521.0		
<b>Mélanoplasie</b> .....	528.9		
<b>Menton, absence congénitale</b> .....	744.9		
<b>Mésioclusion</b> .....	524.2		
<b>Mésiodens</b> .....	520.1		
<b>Métabolisme (troubles)</b>			
fibrose kystique (syn. : muco-			
viscidose).....	277.0		
des hydrates de carbone			
galactosémie .....	271.9		
glycogénose .....	271.0		
mucopolysaccharidose.....	277.9		
de la porphyrine .....	277.9		
de la purine et de la pyrimidine			
syndrome de Lesch-Nyhan .....	277.9		
voir aussi Avitaminoses, Carence			
(états de)			
<b>Microchélie</b> .....	744.9		
<b>Microdontie</b> .....	520.2		
<b>Microglossie</b> .....	750.1		
<b>Micrognathie</b>			
des deux mâchoires.....	524.0		
mandibulaire .....	524.0		
maxillaire .....	524.0		
<b>Microstomie</b> .....	744.9		
<b>Mikulicz</b>			
aphtose .....	528.2		
maladie.....	527.8		
<b>Mobilité de la dent</b> .....	525.9		
<b>Molaires en forme de mûre</b> .....	090.5		
<b>Moniliase buccale</b> .....	112.0		

**N**

Nécrose pulpaire .....	522.1
Néonatale(s)	
dents.....	520.6
hypoplasie de l'émail.....	520.4
ostéomyélite des maxillaires .....	526.4
Nerfs crâniens, affections	
facial.....	351.9
paralysie de Bell.....	351.0
polynévrite.....	352.6
traumatismes.....	951. 2, 951.7
trijumeau et autres	
glossopharyngien .....	352.2
grand hypoglosse.....	352.5
syndrome de l'auriculotemporal ..	350.9
tumeur maligne.....	192.9
voir aussi Névralgies	
Neurofibromatose SAI (multiple) .....	237.7
Névralgie(s)	
dentaire .....	525.9
faciale atypique.....	350.2
glosso-pharyngée .....	352.1
trigémînées.....	350.0
trigémînée zostérienne.....	350.1
Névralgie .....	729.2
Névrite.....	729.2
Noma.....	528.1

**O**

Occlusion	
inversée postérieure dentaire	
(croisée) .....	524.2
linguale postérieure des dents	
inférieure .....	524.2
traumatique, gencives.....	523.8
Odontalgie.....	525.9
Odontoclasie.....	521.0
Odontodysplasie régionale .....	520.4
Odontogenesis imperfecta .....	520.5
Odontogénie, troubles.....	520.9
Odontodysplasie régionale .....	520.4
Odorat, trouble sensitif.....	781.1
Oedème .....	782.3
Oligodontie.....	520.0
Oreille, troubles vestibulaires .....	386.0
Oropharynx, tumeur maligne .....	146.9
Ostéite	
alvéolaire non suppurée.....	526.5
déformante .....	731.9
inflammatoire des maxillaires .....	526.4
syphilitique de la mâchoire .....	095.9
Ostéodystrophies .....	756.9
Osteogenesis imperfecta	
(syn. : fragilité osseuse) .....	756.9
Ostéomalacie .....	268.9
Ostéomyélite	
des maxillaires .....	526.4
néonatale des maxillaires.....	526.4
Ostéopétrose .....	756.9
Ostéoradionécrose.....	526.8
Otite .....	382.9
Oxycéphalie .....	756.9

## P

Paget, maladie .....	731.9	Pemphigus	
Palais		bénin des muqueuses .....	694.6
déformé .....	749.0	<b>Périadénite muqueuse nécrotique</b>	
fissure (voir ce mot)		récidivante .....	528.2
avec bec-de-lièvre (voir Chéilo-		<b>Périamygdalien, phlegmon .....</b>	<b>475.9</b>
gnatho-palatoschisis)		<b>Périapical</b>	
hyperplasie polypeuse .....	528.9	kyste .....	522.8
kyste (voir Kyste fissuraire des		voir aussi Abcès	
maxillaires)		<b>Péricoronarite</b>	
ogival .....	749.0	aiguë .....	523.3
perforation due à syphilis .....	095.9	chronique .....	523.4
tumeur maligne		<b>Péricoronite .....</b>	<b>523.4</b>
palais mou .....	145.3	aiguë .....	523.3
palais osseux (dur) .....	145.2	d'éruption .....	523.9
<b>Palatoschisis</b>		<b>Périodontal (voir Abcès)</b>	
(voir Fissure du palais)		<b>Périodontite .....</b>	<b>523.4</b>
<b>Papilles linguales</b>		aiguë .....	523.3
atrophie .....	529.4	avancée .....	523.9
hypertrophie .....	529.3	chronique .....	523.4
papilles foliées .....	529.3	apicale .....	522.6
<b>Papillome</b>		complexe .....	523.4
cavité buccale .....	210.4	folliculite hyperplasique .....	523.4
muqueuse .....	210.4	péricoronarite .....	523.4
face .....	229.8	simple .....	523.4
gencives .....	210.4	<b>Périostite des maxillaires .....</b>	<b>526.4</b>
inférieures .....	210.4	<b>Perièche .....</b>	<b>528.5</b>
supérieures .....	210.4	<b>Perles d'Epstein .....</b>	<b>528.4</b>
glandes salivaires .....	210.2	<b>Persistance</b>	
accessoire .....	210.4	dents temporaires .....	520.6
parotïde .....	210.2	<b>Phlegmon</b>	
principale .....	210.2	du plancher de la bouche .....	528.3
sous-maxillaire .....	210.2	face, cou .....	682.0
sublinguale .....	210.2	périamygdalien .....	475.9
lèvre .....	210.0	<b>Pigmentation mélanique exagérée</b>	
commisure .....	210.4	<b>SAI .....</b>	<b>528.9</b>
maxillaire supérieur .....	213.0	<b>Pigmenté, film (sur les dents) .....</b>	<b>523.6</b>
maxillaire inférieur .....	213.1	<b>Pink spot (granulome pulpaire) .....</b>	<b>521.4</b>
siège non précisé .....	229.8	<b>Plaie(s)</b>	
<b>Paralysie</b>		avec complication	
faciale		bouche, parties internes et	
de Bell .....	351.0	dents .....	873.7
palatine .....	528.9	cuir chevelu .....	873.1
<b>Paresthésie .....</b>	<b>782.0</b>	face (front, joue, lèvre,	
<b>Parodontal(e)</b>		mâchoire) .....	873.5
granulome périphérique à cellules		nez .....	873.3
géantes .....	523.8	sans complication	
kyste latéral .....	526.0	bouche .....	873.6
lésion (due à occlusion		cuir chevelu .....	873.0
traumatisante) .....	523.8	face .....	873.4
<b>Parodontose .....</b>	<b>523.5</b>	gencive(s) .....	873.6
<b>Parrot, cicatrices de .....</b>	<b>090.5</b>	nez .....	873.3
<b>Paterson-Kelly, syndrome .....</b>	<b>280.9</b>	séquelles .....	906.0
<b>Pellagre .....</b>	<b>265.9</b>	voir aussi Fractures, Perforation	

**P - (suite)**

Plaque dentaire .....	523.6
Plummer-Vinson, syndrome.....	280.9
Polynévrite crânienne.....	352.6
<b>Polype</b>	
Fibro-épithélial	
de la gencive	
(autres) localisations buccales....	528.9
pulpaire .....	522.0
sinus .....	471.9
ethmoïdal	
frontal	
maxillaire	
sphénoïdal	
Prémolarisation .....	520.2
Problème d'éruption dentaire .....	520.6
<b>Professionnelle</b>	
abrasion.....	521.2
érosion .....	521.3
<b>Prognathie</b>	
mandibulaire	
maxillaire .....	524.1
<b>Prothèse, due à</b>	
hyperplasie gingivale .....	523.8
stomatite .....	528.9
ulcération traumatique.....	528.2
<b>Ptérygion du cou .....</b>	<b>744.9</b>
<b>Ptyalisme.....</b>	<b>527.7</b>
<b>Pulpaire(s)</b>	
abcès.....	522.0
calcification .....	522.2
dégénérescences .....	522.2
gangrène (nécrose).....	522.1
granulome .....	521.4
hyperémie.....	522.0
polype.....	522.0
<b>Pulpite .....</b>	<b>522.0</b>
aiguë.....	522.0
chronique .....	522.0
hyperplasique.....	522.0
ulcéreuse.....	522.0
suppurée .....	522.0
<b>Purpura et autres états hémorragiques</b>	
allergique.....	287.9
<b>Pustulose varicelliforme de</b>	
<b>Kaposi .....</b>	<b>054.0</b>
<b>Pyogénique, granulome (syn. : botryomycome)</b>	
muqueuse buccale.....	528.9
<b>Pyorrhée.....</b>	<b>523.9</b>

**R**

<b>Rachitisme</b>	
évolutif .....	268.9
séquelles .....	268.9
<b>Racine dentaire</b>	
laissée en place (résiduelle) .....	525.3
<b>Radiculite .....</b>	<b>729.2</b>
<b>Reiter, maladie .....</b>	<b>099.9</b>
<b>Résiduel, kyste radiculaire .....</b>	<b>522.8</b>
<b>Résorption gingivale .....</b>	<b>521.4</b>
<b>Respiration buccale.....</b>	<b>524.5</b>
<b>Rétention dent de lait.....</b>	<b>520.6</b>
<b>Rétraction gingivale.....</b>	<b>523.2</b>
<b>Rétrognathie</b>	
mandibulaire .....	524.1
<b>Rhinosporidiose .....</b>	<b>117.0</b>
<b>Rhumatisme des muscles mastica-</b>	
<b>toires .....</b>	<b>729.0</b>
<b>Rituelle, abrasion .....</b>	<b>521.2</b>
<b>Robin, syndrome.....</b>	<b>756.9</b>
<b>Rotation, dents.....</b>	<b>524.3</b>
<b>Rougeole.....</b>	<b>055.9</b>
<b>Rougeur .....</b>	<b>782.6</b>
<b>Rubéole.....</b>	<b>056.9</b>

## S

Saignement gencive(s) .....	523.9	<b>Stomatites - suite</b>	
Saliose .....	527.8	herpétiforme.....	528.1
<b>Salivaire</b>		due à mycose .....	112.0
canal, atrésie.....	750.2	nécrotique aiguë.....	101.9
tumeur		nicotinique.....	528.7
maligne intra-osseuse .....	170.1	d'origine prothétique.....	528.9
voir aussi Glandes salivaires		de Vincent.....	101.9
<b>Sarcoïdose</b> .....	135.9	<b>Subluxation (voir Articulation</b>	
<b>Scaphocéphalie</b> .....	756.9	temporo-mandibulaire, luxation)	
Schizodontie.....	520.2	<b>Subocclusion</b> .....	524.4
Scorbut.....	267.9	<b>Sudation et rougeur lors de la</b>	
Sens		mastication (syndrome de l'auri-	
goût .....	781.1	culo-temporal).....	350.9
odorat .....	781.1	<b>Surplomb</b> .....	524.2
<b>Sensibilité de la dent</b> .....	525.9	<b>Sutton, aphtose</b> .....	528.2
<b>Septicémie</b> .....	038.9	<b>Syncope</b> .....	780.2
<b>Séquelles de lésions et trauma-</b>		<b>Syndrome</b>	
<b>tismes</b> .....	905.0, 907.1	Albright-Mac Cune-Sternberg .....	756.9
voir aussi sous les diverses		Aperit .....	756.9
localisations		Ascher .....	759.9
<b>Sialectasie</b> .....	527.8	de l'auriculo-temporal .....	350.9
<b>Sialites</b> .....	527.9	Bechet.....	136.9
<b>Sialoadénite</b> .....	527.9	Caffey.....	756.9
<b>Sialolithiase</b> .....	527.9	Costen.....	524.6
<b>Sialométaplasie nécrosante</b> .....	527.8	d'éruption des dents.....	520.7
<b>Sialose</b> .....	527.8	Fiessinger-Leroy (-Reiter).....	099.9
<b>Sillon gingivo- ou jugo-buccal,</b>		Franceschetti .....	765.9
<b>tumeur maligne</b> .....	210.4	Heerfordt.....	135.9
<b>Sinus, tumeur maligne</b>		Klippel-Feil.....	756.9
ethmoïdal.....	160.3	Plummer-Vinson .....	280.9
frontal.....	160.4	<b>Synodontie</b> .....	520.2
maxillaire .....	160.2	<b>Syphilis congénitale symptoma-</b>	
sphénoïdal.....	160.5	<b>tique</b>	
<b>Sinusite (chronique) (hyperpla-</b>		précoce, plaques muqueuses	
<b>sique) (non purulente) (para-</b>		buccales .....	090.0
<b>nasale) (purulente)</b> .....	473.9	tardive .....	090.5
aiguë.....	461.9	cicatrices de Parrot .....	090.5
frontale .....	473.9	incisives de Hutchinson .....	090.5
aiguë.....	461.9	molaire en forme de mûre ou	
maxillaire .....	473.9	dents en gâteau de miel de	
aiguë.....	461.9	Tomes .....	090.5
sphénoïdale.....	473.9	<b>Syphilis symptomatique récente</b>	
<b>Spirochètes, infections à</b> .....	101.9	primaire .....	091.2
<b>Stafne, kyste de</b> .....	526.8	secondaire	
<b>Sténose des glandes salivaires</b> .....	527.8	mâchoire .....	091.0
<b>Stomatites</b> .....	528.0	plaques muqueuses buccales....	091.3
aphteuse .....	528.2	<b>Syphilis symptomatique tardive</b>	
aphteuse cicatricielle .....	528.2	glossite.....	095.9
factice.....	528.9	gomme de la cavité buccale .....	095.9
fuso-spirillaire .....	101.9	ostéite de la mâchoire.....	095.9
gangréneuse .....	528.7	perforation palatine.....	095.9
géographique.....	528.7		

## T

Tabac, effets		Troubles sensitifs	
dépôts sur les dents.....	523.6	odorat et goût.....	781.1
leucokératose du palais.....	528.7	Troubles temporo-mandibulaires.....	524.6
Taches (voir émail)		(articulation)	
Taches de Koplik.....	055.9	Tubercule	
Tartre		anormal.....	520.2
sous-gingival.....	523.6	de Carabelli.....	520.2
sus-gingival.....	523.6	occlusal.....	520.2
Tatouage		Tubérosité	
volontaire, muqueuse buccale.....	528.9	hyperplasie.....	523.8
Taurodontisme.....	520.2	voir aussi Maxillaire, tumeurs	
Teinte des dents, modification		Tuméfactions de la tête.....	784.2
(voir Dents)		Tumeurs bénignes	
Temporo-mandibulaire (voir Articulation)		amygdale.....	210.5
Thrombopathies		cavité buccale.....	210.4
thrombasthénie		commisure buccale.....	210.0
trombocytopathie.....	287.9	face.....	229.8
trombocytopénie		fosses nasales, oreille moyenne	
primaire.....	287.9	et sinus	
SAI.....	287.9	annexes.....	212.0
secondaire (médicamenteuse).....	287.9	gencive.....	210.4
Thyroïde, corps ou glande		et crête alvéolaire édentée.....	210.4
anomalies congénitales		inférieure.....	210.4
goitre.....	240.9	supérieure.....	210.4
hypothyroïdie		glandes salivaires.....	210.2
thyrotoxicose.....	242.9	accessoires.....	210.4
Torus		parotides.....	210.2
mandibulaire.....	526.8	principales.....	210.2
palatin.....	526.8	sous-maxillaire.....	210.2
Transposition		sublinguale.....	210.2
dents.....	524.3	glomique.....	228.0
Traumatismes		hypopharynx.....	210.8
bouche.....	959.0	langue	
complications.....	958.9	base (postérieure au sillon	
dents.....	873.6	terminal).....	210.1
gencives.....	959.0	bords et pointe.....	210.1
lèvres buccales.....	959.0	face inférieure (ventrale).....	210.1
nerfs.....	951.9, 957.9	face supérieure (dorsale).....	210.1
séquelles.....	905.9, 908.9	lèvre.....	210.0
superficiels.....	910.9	commisure.....	210.4
vaisseaux sanguins, tête et cou.....	900.9	deux lèvres	
voir aussi Plaie(s)		bord libre.....	210.0
Tracher-Collins, syndrome.....	756.9	bord libre et face muqueuse.....	210.0
Tréponématose endémique non		face muqueuse.....	210.0
vénérienne.....	104.9	inférieure	
Trismus.....	781.0	bord libre.....	210.0
Troubles de formation des dents.....	520.4	bord libre et face muqueuse.....	210.0
Troubles de l'éruption dentaire		face cutanée.....	216.0
(ou d'éruption dentaire).....	520.6	face muqueuse.....	210.0
		supérieur	
		bord libre.....	210.0
		bord libre et face muqueuse.....	210.0

## Tumeurs bénignes - suite

supérieur - suite	
face cutanée.....	216.0
face muqueuse.....	210.0
maxillaire inférieur.....	213.1
maxillaire supérieur.....	213.0
muqueuse cavité buccale.....	210.4
nasopharynx (rhinopharynx).....	210.7
odontogène (-génique)	
mandibule.....	213.1
maxillaire.....	213.0
os et cartilage	
mandibule.....	213.1
maxillaire.....	213.0
palais	
dur.....	210.4
luette.....	210.4
mou.....	210.4
pharynx.....	210.9
piliers et fosse amygdaliens.....	210.6
plancher de la bouche.....	210.3
SAI (siège non précisé).....	229.9
sillon gingivo- ou jugo-buccal.....	210.4
tissus conjonctifs et autres	
tissus mous.....	215.0
tubérosité.....	210.4
zone rétromolaire.....	210.4

## Tumeurs malignes

bouche, sans précision.....	145.9
cavité buccale.....	145.9
face.....	195.9
fosse nasale, oreille moyenne et sinus	
annexes.....	160.0, 160.9
(voir aussi Sinus)	
gencive.....	143.9
et crête alvéolaire édentée	
SAI.....	143.9
inférieure.....	143.1
supérieure.....	143.0
glandes salivaires.....	142.9
accessoire.....	145.9
intra-osseuse	
mandibule.....	170.1
maxillaire.....	170.0
parotide.....	142.0
principale.....	142.9
sous-maxillaire.....	142.1
sublinguale.....	142.2
hypopharynx.....	148.9
langue	
amygdale linguale.....	141.6
base.....	141.0
bords latéraux.....	141.2

## Tumeurs malignes - suite

langue - suite	
deux tiers antérieurs	
face inférieure (ventrale).....	141.3
face supérieure.....	141.1
frein de la langue.....	141.3
sans précision.....	141.4
pointe.....	141.2
sans précision.....	141.9
zone de jonction.....	141.5
lèvres.....	140.9
bord libre (zone cosmétique), sans précision.....	140.9
commisure.....	140.6
face cutanée.....	173.0
face postérieure, sans précision	140.5
inférieure	
bord libre.....	140.1
face muqueuse (postérieure) ...	140.3
frein de la lèvre.....	140.3
supérieure	
bord libre.....	140.0
face muqueuse (postérieure) ...	140.3
frein de la lèvre.....	140.4
voir aussi Lèvres, mélanome malin	
luette.....	145.4
maxillaire inférieur.....	170.1
maxillaire supérieur.....	170.0
muqueuse cavité buccale.....	145.0
nasopharynx.....	147.9
nerfs crâniens.....	192.9
oropharynx	
amygdale.....	146.0
carrefour pharyngo-laryngé.....	146.9
face linguale de l'épiglotte.....	146.9
fosse amygdalienne.....	146.9
paroi latérale.....	146.9
paroi postérieure.....	146.9
piliers de l'amygdale.....	146.9
vallécule.....	146.9
palais	
dur.....	145.2
mou.....	145.3
pharynx.....	149.0
plancher de la bouche	
antérieur.....	144.1
latéral.....	144.1
sans précision.....	144.9
région rétromolaire	
siège non précisé (SAI).....	195.9
tubérosité du maxillaire.....	145.6
zone rétromolaire de la mandibule.....	145.6
SAI (voir siège non précisé)	

<b>Tumeurs malignes - suite</b>		<b>Tumeur de nature non précisée - suite</b>	
sillon gingivo-buccal		face .....	239.8
inférieur .....	145.1	gencive.....	239.0
supérieur.....	145.1	inférieure .....	239.0
sillon gingivo-labial		supérieure .....	239.0
inférieur .....	145.1	glandes salivaires .....	239.0
supérieur.....	145.1	accessoire .....	239.0
sinus (voir ce mot)		parotide .....	239.0
tissus odontogènes .....	170.0, 170.1	principale.....	239.0
<b>Tumeurs malignes secondaires</b>		sous-maxillaire.....	239.0
appareil respiratoire et digestif.....	197.8	sublinguale .....	239.0
disséminées .....	199.0	lèvre.....	239.0
ganglions lymphatiques .....	196.0	commisure .....	239.0
os et moelle osseuse.....	198.5	maxillaire inférieur .....	239.2
<b>Tumeur In-Situ</b>		maxillaire supérieur .....	239.2
cavité buccale .....	230.0	SAI (voir siège non précisé)	
muqueuse .....	230.0	Siège non précisé (SAI) .....	239.8
face.....	232.9	tissus mous de la bouche .....	239.0
gencive.....	230.0	<b>Turner, dent hypoplasique de .....</b>	<b>520.4</b>
inférieure.....	230.0		
supérieure.....	230.0		
glandes salivaires.....	230.0		
accessoire .....	230.0		
parotide .....	230.0		
principale .....	230.0		
sous-maxillaire.....	230.0		
sublinguale .....	230.0		
lèvre.....	230.0		
commisure .....	230.0		
SAI (voir siège non précisé)			
siège non précisé (SAI).....	234.8		
<b>Tumeur Evolution imprévisible</b>			
cavité buccale .....	235.1		
muqueuse.....	235.1		
face.....	238.8		
gencive.....	235.1		
inférieure.....	235.1		
supérieure.....	235.1		
glandes salivaires.....	235.0		
accessoire .....	235.1		
parotide .....	235.0		
principale .....	235.0		
sous-maxillaire .....	235.0		
sublinguale .....	235.0		
lèvre.....	235.1		
commisure .....	235.1		
maxillaire inférieur .....	238.0		
maxillaire supérieur .....	238.0		
SAI (voir siège non précisé)			
siège non précisé (SAI).....	238.8		
<b>Tumeur de nature non précisée</b>			
cavité buccale.....	239.0		
muqueuse .....	239.0		

**U**

Ulcération(s) aphteuse(s).....	528.2
bouche .....	528.2
traumatique	
langue.....	529.0
Ulcération, Ulcère	
alvéole dentaire.....	526.5
bouche, buccal (traumatique).....	528.9
crête alvéolaire .....	526.5
gencives.....	523.8
langue (traumatique).....	529.0
lèvre buccale.....	528.5
palais.....	528.9
Uréoparotidite .....	135.9

**V**

Varicelliforme de Kaposi, pustulose.....	054.0
Variole .....	050.9
Végétations adénoïdes (voir Amygdales)	
Verruqueux	
xanthome.....	528.9
Vertige de Ménière.....	386.0
Vincent	
angine .....	101.9
gingivite.....	101.9
stomatite.....	101.9
Von Gierke, maladie.....	271.0

**X**

Xanthome verruqueux.....	528.9
Xérostomie.....	527.7

**Z**

Zona.....	053.9
-----------	-------

## # 7. MANUELS ET FORMULAIRES

### 7.1 MANUELS

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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

<b>Formulaires disponibles</b>	<b>Numéro</b>
<b>Formulaires relatifs à l'inscription</b>	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation . . . . .	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé . . . . .	3003
<b>Formulaires relatifs à la facturation</b>	
Enveloppe pour demande de paiement . . . . .	1292
Demande de paiement - Acte (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <b>section 3</b> ) . . . . .	1670
Demande de révision . . . . .	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <b>section 3.2.4.8</b> ) . . . . .	1944
Demande de remboursement des frais de déplacement Demande de remboursement à la personne assurée (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <b>section 3.4</b> ) . . . . .	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
<b>Formulaires relatifs à la facturation informatisée</b>	
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
<b>Autres formulaires</b>	
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