



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 

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 form titled 'Carnet de réclamation' (Claim Book) for dental services. The form is divided into several sections:

- Top Left:** 'Carnet de réclamation' and 'Soins dentaires couverts'.
- Top Right:** 'Référence'.
- Middle Left:** 'Numéro de dossier' (claim number), 'Nom du ou de la prestataire' (provider name), and 'Message'.
- Middle Right:** 'Enfants à charge' (dependents).
- Bottom Left:** 'Du' (From) and 'Au' (To) dates, and 'Chez tous les pharmaciens' (At all pharmacies).
- Bottom Right:** 'Numéro de carnet' (claim book number) and a signature line 'F. J. Sous-maire'.

A large red diagonal stamp across the center reads 'Spécimen' (Specimen). 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 **décal 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.

3.2.1.2 Prestataire d'une aide financière de dernier recours

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 7603 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 4		DATE DES SERVICES ANNÉES MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE 40 04 12 M		EXPIRATION W 1 G 4 K 4		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODES POSTAL		ACTE DENT SURFACE N°LÉ MODIF UNITES HONORAIRES	
INT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO GROUPE			
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES #5432		CODE DU DIAGNOSTIC CARTES DENTAIRE 521.0 ÉTAT NORMAL V90.9 AUTRE C.S.		AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					TOTAL
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE					

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

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

A- LE PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS- PRÉSENTE SON CARNET DE RÉCLAMATION :

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

B- LE PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :

1) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation sont présents au dossier du prestataire :

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

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

- # a) *le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité du prestataire (prénom et nom 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.

3.2.9 SIGNATURE DU CHIRURGIEN BUCCAL OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1870 382 0309	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		EXEMPLAIRE DU DENTISTE							
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES		ACTE		DENT	SURFACE	RÔLE	MODR	LIMITES	HONORAIRES
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR		EXPANSION		CODE POSTAL					
	DATE DE NAISSANCE				ANNÉE MOIS JOUR		SEXES		GROUPE					
	ADRESSE				NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE					
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO									
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC CARE DENTAIRE		AUTORISATION NUMÉRO				SPÉCIMEN			
					<input type="checkbox"/> 521.0									
					ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE		ANNÉE MOIS JOUR					
					AUTRE		C.S.							
ÉTABLISSEMENT				DATE DE SORTIE		ANNÉE MOIS JOUR								
CODE				DATE DENTISTE		ANNÉE MOIS JOUR								
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS										R. Huteil		TOTAL		
										SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE				

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

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

3.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

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

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE					
Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste					
<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>Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au dentiste, celui-ci doit :</p>					
<p>1. Remplir et signer la partie du haut du formulaire 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>2. Remettre à la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'exemplaire de la Régie; • la copie de la personne assurée; • une enveloppe-réponse. 					
<p>3. Conserver la copie du dentiste (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).</p> <p>Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».</p>					
<p>Rappel</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"> • est âgée de moins d'un an; • requiert des soins urgents; • est hospitalisée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y avoir des soins prolongés; • rencontre des circonstances prévues au règlement. 					
<p>Vous pouvez communiquer avec la Régie :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <p>Par téléphone Québec : 418 646-6336 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749 www.ramq.gouv.qc.ca</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <p>Par ATS : (appareil de télécommunication pour personnes sourdes) Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <p>Par la poste : Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3</p> </td> </tr> </table>			<p>Par téléphone Québec : 418 646-6336 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749 www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p>Par ATS : (appareil de télécommunication pour personnes sourdes) Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p>	<p>Par la poste : Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3</p>
<p>Par téléphone Québec : 418 646-6336 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749 www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p>Par ATS : (appareil de télécommunication pour personnes sourdes) Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p>	<p>Par la poste : 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.

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

- 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 »**.

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
(3)	11	●	13	14	15	16
	10	11	12	13	14	15
(4)	18	19	20	21	22	23
	17	18	19	20	21	22
(5)	25	●	27	28	29	30
	24	25	26	27	28	29
(6)	31					
	31	25	26	27	28	29

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
(8)	40	47	48	49	51	
	14	15	16	17	18	19
(9)	53	●	55	56	57	58
	21	22	23	24	25	26
(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
(12)	74	75	76	77	79	
	14	15	16	17	18	19
(13)	81	●	83	84	85	86
	21	22	23	24	25	26
(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
(16)	102	103	104	105	107	
	11	12	13	14	15	16
(17)	109	●	111	112	113	114
	18	19	20	21	22	23
(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
(20)	130	131	132	133	135	
	9	10	11	12	13	14
(21)	137	●	139	140	141	142
	16	17	18	19	20	21
(22)	144	145	146	147	149	
	23	24				
(23)						
	30	31	25	26	27	28

JUIN ^{'21}

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

JUILLET ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					1	2
					3	4
(28)	186	187	188	189	191	
	4	5	6	7	8	9
(29)	193	●	195	196	197	198
	11	12	13	14	15	16
(30)	200	201	202	203	205	
	18	19	20	21	22	23
(31)	207	●	209	210	211	212
	25	26	27	28	29	30

AOÛT ^{'22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	215	216	217	219	
	1	2	3	4	5	6
(33)	221	●	223	224	225	226
	8	9	10	11	12	13
(34)	228	229	230	231	233	
	15	16	17	18	19	20
(35)	235	●	237	238	239	240
	22	23	24	25	26	27
(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
(38)	256	257	258	259	261	
	12	13	14	15	16	17
(39)	263	●	265	266	267	268
	19	20	21	22	23	24
(40)	270	271	272	273		
	26	27	28	29	30	

OCTOBRE ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)					1	2
					3	4
(41)	277	●	279	280	281	282
	3	4	5	6	7	8
(42)	284	285	286	287	289	
	10	11	12	13	14	15
(43)	291	●	293	294	295	296
	17	18	19	20	21	22
(44)	298	299	300	301	303	
	24	25	26	27	28	29
(45)	31					
	31	25	26	27	28	29

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
(47)	319	●	321	322	323	324
	14	15	16	17	18	19
(48)	326	327	328	329	331	
	21	22	23	24	25	26
(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
(51)	347	●	349	350	351	352
	12	13	14	15	16	17
(52)	354	355	356	357	359	
	19	20	21	22	23	24
(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.

- # **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).

- 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.

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

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

Prémolaire

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

Molaire permanente

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

En matériau esthétique

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

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

Tenon par restauration

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

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

Couronne préfabriquée

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		
27421	27921	sur antérieure primaire	94,25

Métallique

Code régulier	Code spécifique		
27401	27901	antérieure primaire	94,25
27403	27903	postérieure primaire	94,25
27411		antérieure permanente	94,25
27413		postérieure permanente	94,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

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

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

29101	recimentation d'une couronne préfabriquée	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).

31111	pansement sédatif	30,25
--------------	-----------------------------	-------