

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

RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

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

Nul honoraire n'est payable au dentiste qui voit une personne assurée dans le cadre d'activités d'enseignement, de recherche ou d'intérêt scientifique sauf s'il s'agit d'une personne assurée dont il est le dentiste traitant ou qui lui a été dirigée en consultation.

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

1.2 Le dentiste peut soumettre une demande de considération spéciale :

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

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

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

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

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

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

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

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

92221 Frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. 198,00

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

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

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

Dents permanentes

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

Dents primaires

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

Dent surnuméraire

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

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

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

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

Supplément pour déplacement en urgence

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

Sont fériés les jours suivants :

	1 ^{er} janvier	Fête du Canada
	2 janvier	Fête du Travail
+	Vendredi saint	Action de grâce
	Lundi de Pâques	25 décembre
+	Journée nationale des patriotes	26 décembre
	Fête nationale du Québec	

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

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

94405 Supplément pour déplacement en urgence. 59,75

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

Frais pour déplacement en urgence

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

Une indemnité pour un déplacement de plus de soixante (60) kilomètres fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

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

94500 De huit à soixante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre. 0,86

94510 Au-delà de soixante kilomètres. C.S.

+ Renvoi à un dentiste pédiatrique

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

+94600 Renvoi à un dentiste pédiatrique 48,50

AVIS : *L'identité du professionnel référant doit figurer sur la demande de paiement.*

Ce code d'acte doit être facturé la même journée qu'un acte de traitement curatif (actes de restauration, d'endodontie ou de chirurgie).

Supplément pour enfant de moins de six ans

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

94540 Supplément pour enfant de moins de six ans 7,50

Supplément pour l'asepsie

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

94541 Supplément pour l'asepsie. 6,50

DIAGNOSTIC

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

L'examen

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

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

+01120 Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans 46,75

+01130 Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus. 58,25

- + **2.3** Le dentiste ne peut réclamer un autre examen pour une même personne assurée; à moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis le premier examen.
- + Toutefois, lorsque la personne assurée est suivie pour des fins oncologiques par un dentiste en établissement, le dentiste peut réclamer un deuxième examen par période de 365 jours. Les établissements sont ceux désignés par le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

S

+01121	Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans suivie pour des fins oncologiques	46,75
+01131	Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus suivie pour des fins oncologiques	58,25
#	<u>AVIS :</u> <i>La liste des établissements désignés se trouve à l'annexe VIII de l'onglet Rémunération à l'acte.</i>	

Examen d'urgence

- + **2.4** L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé dentaire en raison d'une condition particulière qui selon le dentiste ou le patient exige une attention immédiate et comprend :
- 1) l'anamnèse pertinente;
 - 2) l'observation de l'ensemble ou d'une partie de l'appareil bucco-dentaire;
 - 3) l'image radiologique, si nécessaire;
 - 4) les recommandations à une personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription de médicaments;
 - 5) l'inscription au dossier des données significatives.

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

01300	Examen d'urgence.	27,00
--------------	---------------------------	-------

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

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

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

Lorsque fait le même jour, 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. La lettre « D » doit être inscrite dans la case C.S. (réf. : article 2.2 de l'onglet Personnes assurées).

Consultation

- + **2.6** La consultation est l'examen clinique d'une personne assurée pratiqué par un dentiste à la suite de la demande d'un autre dentiste ou d'un médecin qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le dentiste consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au dentiste ou au médecin traitant. Le rapport ainsi soumis est un compte rendu élaboré comprenant, entre autres, la description des symptômes, les résultats d'examen, le diagnostic, le plan de traitement et le pronostic.
- + La consultation comprend la diffusion immédiate ou ultérieure des résultats d'examens diagnostiques au patient ainsi que la prescription de médicaments ou tout ajustement de ceux-ci.
- + Si le dentiste consulté devient le dentiste traitant pour la pathologie à l'origine de la consultation, il n'a pas droit aux honoraires de consultation, à moins qu'il n'en soit explicitement fait mention contraire aux règles d'application du tarif.
- + Un maximum d'une (1) consultation par 365 jours est payable par patient pour une même pathologie.
- # **AVIS** : *Si une deuxième consultation est effectuée pour un motif différent à l'intérieur de 365 jours, joindre à votre demande de paiement une copie des deux rapports de consultation et inscrire la lettre « N » dans la case C.S.*
- + Le dentiste qui sollicite une consultation fournit au dentiste consulté l'image radiologique obtenue à l'occasion de son examen.

+93200 Consultation 213,00

- # **AVIS** : *Les situations suivantes ne donnent pas droit au tarif de la consultation préalable au traitement :*
- d'orthodontie mineure;
 - de restauration;
 - sous anesthésie générale, sous sédation ou sous hypnose;
 - de prothèse fixe ou amovible;
 - d'endodontie;
 - de parodontie;
 - d'urgence dentaire;

Dans ces situations, un examen ou un examen d'urgence peut être facturé selon les règles d'application du tarif prévues à l'entente.

Voir les règles d'application 2.2 et 2.3 (examen) et 2.5 (examen d'urgence) pour connaître les caractéristiques à respecter pour chacune d'elles (par exemple : le maximum).

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

- + **2.7** Cependant, le dentiste qui reçoit un patient dirigé vers lui pour un traitement par un autre dentiste ou un médecin a droit à la consultation, dans les trois (3) situations suivantes :
- + 1) il est un dentiste spécialisé en médecine buccale exerçant en établissement de santé;

- + 2) il exerce dans un établissement de santé dans le cadre d'une clinique de traitement des désordres temporo-mandibulaires ou dans une clinique de douleur chronique rattachée à un centre de douleur chronique reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- + 3) il exerce dans un établissement de santé dans le cadre d'une clinique d'apnée du sommeil reconnue par le MSSS.
- | | | |
|---------------|--|--------|
| +93201 | Consultation auprès d'un dentiste spécialisé en médecine buccale exerçant en établissement de santé. | 213,00 |
| +93202 | Consultation auprès d'un dentiste qui exerce dans un établissement de santé dans le cadre d'une clinique de traitement des désordres temporo-mandibulaires ou dans une clinique de douleur chronique rattachée à un centre de douleur chronique reconnu par le MSSS. | 213,00 |
| +93203 | Consultation auprès d'un dentiste qui exerce dans un établissement de santé dans le cadre d'une clinique d'apnée du sommeil reconnue par le MSSS. | 213,00 |

AVIS : *La liste des cliniques de douleur chronique rattachées à un centre de douleur chronique reconnu ainsi que la liste des cliniques d'apnée du sommeil reconnues se trouvent à l'annexe IX de l'onglet Rémunération à l'acte.*

2.8 Abrogé.

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.

AVIS : *La radiographie (peu importe le type, incluant la radiographie panoramique) est toujours un service assuré et sa rémunération est incluse dans celle de l'examen ou de tout autre service assuré. Par conséquent, aucune somme ne peut être demandée au patient, même si aucun examen ou service assuré ne peut être facturé à la Régie le jour de la prise de la radiographie.*

PRÉVENTION

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

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

Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale

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

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

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

- 1) l'alimentation saine;
- 2) la plaque dentaire, le tartre, et leurs conséquences;
- 3) l'utilisation de substances anticariogènes;

- 4) la démonstration d'une technique de brossage et d'utilisation du fil de soie dentaire;
- + 5) la vérification auprès de chaque personne assurée de la bonne utilisation de la brosse à dent et du fil de soie dentaire.

13200 Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale 9,75

Nettoyage des dents

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

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

11200 Nettoyage des dents. 31,75

Détartrage

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

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

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

43500 Détartrage. 55,75

Application topique de fluorure

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

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

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

12400 Application topique de fluorure 13,75

RESTAURATION

AVIS : *Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant âgé de moins de dix ans et d'un prestataire 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 le numéro de surface dans les colonnes identifiées à cette fin. Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

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

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

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

4.2 Lors d'un acte de restauration ou d'endodontie sur les dents centrales et latérales primaires d'une personne assurée âgée **de 9 ans et plus** et sur les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée **de 12 ans et plus**, le dentiste fournit une note explicative sur la demande de paiement.

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

Restauration sur dent antérieure

AVIS : *Voir la règle d'application 4.2.*

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

Code				Numéro de surface	
21231 21231	Amalgame	Classe I	incisive	89.	40,50
linguale			92.	40,50	
21232 21232		Classe III	mésiale	90.	81,25
distale			91.	81,25	
23101 23101	Matériau esthétique	Classe I	incisive	89.	68,00
linguale			92.	68,00	
23103 23103		Classe III	mésiale	90.	76,75
distale			91.	76,75	
23104 23104		Classe IV	mésiale	95.	138,00
distale			96.	138,00	
23102 23102		Classe V	buccale	93.	68,00
linguale			94.	68,00	
23105	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97.	184,00
23108	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87.	188,00

4.5.1 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.

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

4.5.2 Sur une dent antérieure, un même service d'obturation est rémunéré une fois par **trois cent soixante-cinq (365) jours** sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur une dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En amalgame

Molaire primaire

21999	valeur de base	16,50
21101	une surface	23,75
21102	deux surfaces	63,50
21103	trois surfaces	79,75
21104	quatre surfaces	106,50
21105	cinq surfaces	141,25

Prémolaire

21999	valeur de base	16,50
21211	une surface	23,75
21212	deux surfaces	66,00
21213	trois surfaces	82,25
21214	quatre surfaces	112,25
21215	cinq surfaces	146,25

Molaire permanente

21999	valeur de base	16,50
21221	une surface	36,75
21222	deux surfaces	76,50
21223	trois surfaces	105,75
21224	quatre surfaces	132,47
21225	cinq surfaces	175,00

En matériau esthétique

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

23999	valeur de base	16,50
23301	une surface	56,25
23302	deux surfaces	102,50

AVIS : Surfaces 10 et 11 pour l'acte 23301 et surface 23 pour l'acte 23302.

Tenon par restauration

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

21301	un tenon	20,25
21302	deux tenons	31,50
21306	trois tenons ou plus	44,25

Couronne préfabriquée

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

AVIS : Voir les règles d'application 1.4 et 4.2

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

Matériau esthétique

27421 sur antérieure primaire 128,00

Métallique

27401 antérieure primaire 128,00

27403 postérieure primaire 128,00

27411 antérieure permanente 128,00

27413 postérieure permanente 145,00

+ Métallique fenêtrée

+ **27415** antérieure primaire 184,95

Recimentation d'une couronne préfabriquée

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

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

29101 Recimentation d'une couronne préfabriquée 64,75

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

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

31111 Pansement sédatif 56,75

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

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

- *Voir la règle d'application 1.4 pour la rémunération de l'anesthésie générale.*

Endodontie sur dent primaire

- + **5.2** La pulpotomie sur dent primaire se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent.

32211 Pulpotomie sur dent primaire 71,25

- + **5.3** La pulpectomie sur dent primaire se dit de tout traitement de la partie coronaire et radiculaire de l'endodonte des dents primaires.

32310 Pulpectomie sur dent primaire 71,25

Endodontie sur dent permanente

5.4 La pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale se dit de l'ablation totale de la partie coronaire de l'endodonte et de son traitement subséquent totale.

33150 Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale. 117,45

AVIS : *Inscrire le numéro de l'établissement ou de la clinique d'anesthésie générale dans la case ÉTABLISSEMENT.*

La liste des cliniques se trouve à l'annexe VII de l'onglet Rémunération à l'acte.

5.5 Le traitement pour apexification (insertion de média dentinogénique en vue de la fermeture de l'apex) n'est payable qu'une seule fois.

33501 Un canal 294,00
33502 Deux canaux 377,00
33503 Trois canaux 455,00
33504 Quatre canaux et plus 537,00

- # **AVIS :** *Le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial 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.*

- # **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.*

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

5.6 La rémunération pour le traitement de canal d'une dent permanente avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent comprend la rémunération pour :

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

33001 Un canal 349,00
33002 Deux canaux 498,00
33003 Trois canaux 637,00
33004 Quatre canaux et plus 843,00

- # **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.*

5.7 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 68,75

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.*

5.8 Traitement d'urgence

39910 Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire. 62,50

CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

+ La rémunération pour l'enlèvement de point(s) de suture, pour l'immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (76939), pour la réimplantation d'une dent complètement exfoliée (76940) effectué par un dentiste autre que celui qui a suturé est comprise dans la rémunération de son examen.

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

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

- + Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux actes suivants :
 - a) ablation simple de dent;
 - b) ablation simple de racine dentaire;
 - + c) prise de greffons osseux ou graisseux;
 - + d) mise en place et ablation de distracteurs cranio-maxillo-faciaux;
 - + e) mise en place de prothèse alloplastique cranio-maxillo-faciale;
 - + f) mise en place et ablation de fixation inter-maxillaire ou d'attelle pré-prothétique.

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

AVIS : *Cette règle d'application s'applique peu importe le site.*

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

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

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

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

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

- + **6.7** Dans le cas spécifique d'une réduction fermée suivie, au cours d'une même séance, d'une réduction ouverte pour une même fracture, seule la réduction ouverte est payable à 100 %. Toute autre combinaison d'actes impliquant une réduction fermée ou une réduction ouverte est assujettie à la règle d'application 6.4.

S

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

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

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

Forfait pour chirurgie complexe

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

T 75994	Durée anesthésique de 6 à 8 heures au total	1 894,00
T 75995	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total	2 166,00
T 75996	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total	2 707,00
T 75997	Durée anesthésique de plus de 12 heures	3 519,00

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

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

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

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

Ablation de dent

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

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

Ablation simple de dent

S

AVIS : Le fait qu'une ablation simple exige des points de suture n'en fait pas une ablation complexe.

	sous anesthésie locale ou régionale :	
71101	première dent	83,75
71111	chaque dent additionnelle	58,75
	sous anesthésie générale :	
71401	première dent	83,75
71411	chaque dent additionnelle	58,75

Ablation complexe de dent

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

72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	147,50
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	132,00
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	176,00

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

72230	entièrement couverte	253,00
	partiellement couverte :	
72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale	283,00
72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée	283,00

Ablation de racine

AVIS : Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix 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 pour tous les actes d'ablation de racine et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

S

Ablation simple de racine dentaire

(une ou plusieurs racines d'une même dent)

	sous anesthésie locale ou régionale :	
72300	première dent	73,75
72311	chaque dent additionnelle	73,75
	sous anesthésie générale :	
72351	première dent	73,75
72361	chaque dent additionnelle	73,75

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)	147,50
--------------	--	--------

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)

T 75350	dans le tissu osseux	116,05
+ -----	dans le tissu mou sans anesthésie (rémunération comprise dans le tarif de l'examen)	
T 75360	dans le tissu mou avec anesthésie	48,75
T 79301	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. Kystes, polypes) par antrostomie	309,35

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

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

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

72412	avec appareil de traction	480,00
72411	sans appareil de traction	208,00

Incision ou drainage d'un abcès

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

AVIS : *Lors de la facturation de l'acte 75101 ou 75200 par le chirurgien dentiste responsable de l'acte (rôle 1), le protocole opératoire ou les renseignements appropriés sur un document complémentaire doivent accompagner la demande de paiement. L'omission de transmettre le document ou les renseignements demandés entraînera un refus de paiement.*

75100	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain	48,50
75101	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain	202,00
75200	incision extra-orale d'un abcès	202,00
75220	drainage d'urgence d'un abcès parodontal	48,50

Traitement des ostéites

	Alvéolite (une ou plusieurs) traitement par séance sans anesthésie	28,25
79615 79616	avec anesthésie	53,50

Ostéomyélite

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

+	traitement non chirurgical (rémunération comprise dans celle de l'examen) traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
T 75502	3 cm et moins	189,70
T 75503	plus de 3 cm à 4 cm	244,20
T 75504	plus de 4 cm à 6 cm	320,00
T 75505	plus de 6 cm à 9 cm	451,70
T 75506	plus de 9 cm	531,05

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

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

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

T 74421	1 cm et moins	219,25
T 74422	plus de 1 cm à 2 cm	321,10
T 74423	plus de 2 cm à 3 cm	423,20
T 74424	plus de 3 cm à 4 cm	502,60
T 74425	plus de 4 cm à 6 cm	618,65
T 74426	plus de 6 cm à 9 cm	848,60
T 74427	plus de 9 cm	1 020,50
+ 74428	marsupialisation d'un kyste intra-osseux et son suivi	178,50
+ 74429	évacuation d'un hématome / sérome cervico-facial dans une séance subséquente à l'acte chirurgical (limité à 1 par séance dans le cas d'un suivi de reconstruction)	255,00

Biopsie

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

	tissu osseux	
T 04311	par ponction	30,95
T 04312	par incision	112,50
	tissu mou	
T 04301	par ponction	22,15
T 04302	par incision	34,50
T 04330	biopsie cervicale par voie externe	110,60

Ablation de tumeur

tissu mou

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

T74101	1 cm et moins	161,25
T74102	plus de 1 cm à 2 cm	241,70
T74103	plus de 2 cm à 3 cm	346,00
T74104	plus de 3 cm à 4 cm	444,55
T74105	plus de 4 cm à 6 cm	583,05
T74106	plus de 6 cm à 9 cm	822,60
T74107	plus de 9 cm	964,65

tissu osseux

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

T74111	1 cm et moins	241,70
T74112	plus de 1 cm à 2 cm	346,00
T74113	plus de 2 cm à 3 cm	444,55
T74114	plus de 3 cm à 4 cm	543,95
T74115	plus de 4 cm à 6 cm	686,25
T74116	plus de 6 cm à 9 cm	920,85
T74117	plus de 9 cm	1 090,30

Mandibulectomie**AVIS** : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

partielle

T75531	3 cm et moins	341,35
T75532	plus de 3 cm à 6 cm	385,15
T75533	plus de 6 cm à 9 cm	431,40
T75534	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
T75535	plus de 12 cm à 15 cm	506,15
T75536	plus de 15 cm	553,50

T75540	totale	777,45
--------	------------------	--------

Maxillectomie**AVIS** : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

partielle

T75551	3 cm et moins	341,35
T75552	plus de 3 cm à 6 cm	378,05
T75553	plus de 6 cm à 9 cm	419,65
T75554	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
T75555	plus de 12 cm à 15 cm	497,65
T75556	plus de 15 cm	543,95

T75560	totale	640,00
--------	------------------	--------

Chirurgie préprothétique

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

Abaissement total du plancher de la bouche

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

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

- 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;

T73202	une séance (avec greffe muqueuse)	915,10
T73203	une séance (avec greffe épidermique)	915,10
T73204	plus d'une séance (avec greffe muqueuse)	1 026,55
T73205	plus d'une séance (avec greffe épidermique)	1 026,55

Extension des replis muqueux

avec greffe muqueuse

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

T73421	3 cm et moins	162,35
T73422	plus de 3 cm à 6 cm	253,75
T73423	plus de 6 cm à 9 cm	324,65
T73424	plus de 9 cm	437,45

avec greffe épidermique

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

T73401	3 cm et moins	139,90
T73402	plus de 3 cm à 6 cm	220,35
T73403	plus de 6 cm à 9 cm	299,75
T73404	plus de 9 cm	402,95

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

T73371	3 cm et moins	352,05
T73372	plus de 3 cm à 6 cm	396,95
T73373	plus de 6 cm à 9 cm	465,90
T73374	plus de 9 cm	566,65

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

T73381	3 cm et moins	92,00
T73382	plus de 3 cm à 6 cm	139,90
T73383	plus de 6 cm à 9 cm	209,70
T73384	plus de 9 cm	305,75

T77505	ablation des apophyses géni.	162,35
--------	------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

T73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale)	199,00
--------	---	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

T73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	254,85
--------	--	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

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

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

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

Alvéolectomie

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

T73021	1 cm et moins	39,40
T73022	plus de 1 cm à 3 cm	68,70
T73023	plus de 3 cm à 6 cm	111,40
T73024	plus de 6 cm à 9 cm	173,00
T73025	plus de 9 cm à 12 cm	233,50
T73026	plus de 12 cm	299,75

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

T73150	réduction muqueuse	71,45
T73158	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu)	162,35
T73159	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu)	202,55
T73160	extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse)	264,45

Alvéoloplastie

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

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

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

73001	1 cm et moins	45,75
73002	plus de 1 cm à 3 cm	91,50
73003	plus de 3 cm à 6 cm	152,00
73004	plus de 6 cm à 9 cm	198,00
73005	plus de 9 cm à 12 cm	244,00
73006	plus de 12 cm	305,00

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

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

T73171	1 cm et moins	67,35
T73172	plus de 1 cm à 3 cm	100,20
T73173	plus de 3 cm à 6 cm	142,35
T73174	plus de 6 cm à 9 cm	200,40
T73178	plus de 9 cm à 12 cm	265,55
T73176	plus de 12 cm à 15 cm	333,15
T73177	plus de 15 cm	385,15

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

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15; la règle d'application 6.5 s'applique peu importe le site.

73181	1 cm et moins	15,90
73182	plus de 1 cm à 3 cm	26,55
73183	plus de 3 cm à 6 cm	40,80
73184	plus de 6 cm à 9 cm	55,30
73187	plus de 9 cm à 12 cm	78,30
73186	plus de 12 cm	100,20

Ablation de torus

73133	maxillaire bilatéral.	156,60
73134	mandibulaire unilatéral.	132,75

Traitement des glandes salivaires

T 79101	dilatation de canal (par séance)	59,95
T	siolithotomie par voie buccale :	
T 79104	tiers antérieur du canal	96,65
T 79105	deux tiers postérieurs du canal.	299,75
T 79110	siolithotomie par voie externe	318,90
	ablation de glandes salivaires	
T 79106	sous-maxillaire.	396,95
T 79107	sub-linguale.	299,75
	ablation de la parotide	
T 79111	parotidectomie totale ou partielle sans dissection du nerf facial.	618,65
T 79112	parotidectomie totale ou partielle avec dissection du nerf facial.	920,85
T 79109	exérèse de grenouillette.	208,60
T 79108	exérèse de mucocele	82,10
T 79113	reconstruction du canal salivaire.	396,95

Fermeture de communication bucco-sinusale

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

T 79306	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accolement ou glissement des muqueuses).	100,20
----------------	---	--------

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

T 79312	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule	451,70
----------------	--	--------

Frénectomie

+ -----	moins d'un an (rémunération incluse dans celle de l'examen)	
+ 77815	un an et plus.	168,00

Gingivectomie

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

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

Gingivectomie

42010	3 dents ou moins	165,00
42011	4 dents à 6 dents	255,00
42012	7 dents à 9 dents	420,00
42013	10 dents à 12 dents	511,00
42014	13 dents à 15 dents	766,00
42015	16 dents et plus	766,00

Operculectomie

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

72410	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	49,50
--------------	--	-------

Contrôle d'hémorragie

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

79405	par substance hémostatique et compression, par séance	74,00
79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exèrèse de tissu osseux, si nécessaire), par séance	74,00

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

T76950	1 cm et moins	32,85
T76951	plus de 1 cm à 3 cm	54,20
T76952	plus de 3 cm à 6 cm	93,90
T76953	plus de 6 cm à 9 cm	138,50
T76954	plus de 9 cm à 12 cm	186,40
T76955	plus de 12 cm à 15 cm	231,60
T76956	plus de 15 cm à 18 cm	277,05
T76957	plus de 18 cm à 21 cm	323,55
T76958	plus de 21 cm	340,00

réparation d'une lacération de part en part

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

T76960	1 cm et moins	91,45
T76961	plus de 1 cm à 3 cm	106,50
T76962	plus de 3 cm à 6 cm	166,15
T76963	plus de 6 cm à 9 cm	222,85
T76964	plus de 9 cm à 12 cm	281,95
T76965	plus de 12 cm à 15 cm	340,00
T76966	plus de 15 cm à 18 cm	409,25
T76967	plus de 18 cm à 21 cm	469,75
T76968	plus de 21 cm	552,70

Intervention sur le trijumeau

T79208	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur	465,90
T79203	Avulsion d'une branche du trijumeau	164,80
T79204	Transposition et décompression neurale	277,30

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

T79211	Alcoolisation d'une branche du trijumeau	106,50
T79212	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)	53,40
T79257	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon)	770,30
T79259	Suture nerveuse (neurorrhaphie)	118,55

T 79402	Trachéotomie	218,15
T 79403	Intubation percutanée sous-mandibulaire	199,00
+	Fente palatine	
S		
S		
S		
+ 77731	Fermeture du voile	306,00
+ 77732	Fermeture du palais osseux en un (1) ou deux (2) temps avec ou sans lambeau vomérien	459,00
+ 77733	Rallongement complémentaire du palais par myoplastie intravélaire	331,50
+ 77734	Lambeau pharyngé pour une cure d'incompétence vélo-pharyngée (pharyngoplastie)	306,00
+ 77735	Cure fistule résiduelle palatine	306,00
+ 77736	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une déféctuosité du palais antérieur	510,00
+	Rhinoplastie primaire en présence d'une fente labiale	
+ 77738	unilatérale	382,50
+ 77739	bilatérale	510,00
+	Rhinoplastie secondaire par voie ouverte ou endonasale	
+ 77741	post-traumatologie	357,00
+ 77742	post-fente labiale	357,00
	Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)	
T 74224	Partielle	254,85
T 74226	Totale	489,45
T 77860	Glossectomie	108,95

Greffe osseuse

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

- + La troisième (3^e) molaire (18-28-38-48) est non comptabilisée dans le décompte des centimètres de greffe.

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

- cas de traumatisme;
 - 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;
- + - corticotomie

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

- + La greffe au poinçon ou au tréphine 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, région 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.

Le maximum de deux par maxillaire est applicable pour l'ensemble des greffes osseuses hétérogènes ou alloplastiques et autogènes. Dans les cas de greffes osseuses mixtes (autogéniques et allogéniques) au même site, seule la greffe la mieux rémunérée est payable.

+74445	Grefe 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) ..	153,00
S		
T74452	Grefe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm) entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site) ..	580,35
T74454	plus de 4 cm ..	920,20
+	Grefe autogène de reconstruction oro-faciale pour correction d'anomalies congénitales, oncologiques ou post-traumatiques (max de 2 par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
+74456	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site) ..	580,35
+74457	plus de 4 cm ..	920,20
+	Grefe autogène de reconstruction pour perte osseuse alvéolaire ou de pneumatisation sinusale au maxillaire supérieur ou à la mandibule (non simultanée à un ou plusieurs extractions dentaires) (maximum de deux greffes par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
+74458	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site) ..	580,35
+74459	plus de 4 cm ..	920,20
+	Prise du greffon (un ou plusieurs) (Les tarifs de la prise du greffon ne sont pas assujettis à la règle d'application 6.4)	
S		
S		
+74308	Greffon prélevé au niveau intra-oral ..	82,60
+	Greffon prélevé au niveau extra-oral ..	
+74309	Crête iliaque postérieure ..	433,50
+74310	Prélèvement costo-chondral ..	433,50
+74311	Crête iliaque antérieure ..	331,50
+74312	Prélèvement tibial ..	165,25
+74313	Prélèvement pariétal ..	165,25
+74314	Greffon de tissu adipeux pour insertion en reconstruction articulaire ..	102,00

Réduction de fracture

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

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

Arcade zygomatique et/ou os malaire

T76701	élévation simple trans-cutanée ..	344,90
T77700	réduction fermée ..	344,90
T76703	élévation par approche de Gillies ..	344,90
T77701	réduction ouverte avec fixation interne 1 site ..	574,85

T 77702	réduction ouverte avec fixation interne 2 sites	673,40
T 77703	réduction ouverte avec fixation interne 3 sites	821,25

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

Nez

-----	sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)	
T 76503	réduction simple	109,50
T 76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses	250,50

Maxillaire

T 76310	Le Fort I (demi ou complet) réduction fermée	196,55
T 76312	réduction ouverte	357,50
T 76410	Le Fort II (demi ou complet) réduction fermée (unique ou multiple)	295,90
T 76420	réduction ouverte unilatérale	503,70
T 76430	bilatérale	735,25
T 76511	naso-orbitaire réduction ouverte (comprenant l'intervention sur les tissus palpébraux) unilatérale	503,70
T 76512	bilatérale	735,25
T 76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture	148,65
T 76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	295,90
T 76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert	503,70
T 76413	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé unilatérale	503,70
T 76414	bilatérale	735,25
T 76421	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert unilatérale	683,80
T 76431	bilatérale	916,75
T 76810	Le Fort III réduction fermée	517,65
+ -----	réduction ouverte (rémunération incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance)	
T 79050	Lambeau bicornal	314,80
T 76551	Réduction de l'os frontal	535,15
T 76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse)	251,85

Mandibulaire

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

T 76210	réduction fermée (unique ou multiple)	382,70
	réduction ouverte (unique ou multiple) un site :	
T 76221	approche intra-orale	686,25
T 76222	approche extra-orale	686,25
T 76223	approches intra et extra-orales	1 037,50

	deux sites :	
T 76231	approche intra-orale	914,30
T 76232	approche extra-orale	914,30
T 76233	approches intra et extra-orales	1 373,90
	trois sites et plus :	
T 76241	approche intra-orale	1 071,70
T 76242	approche extra-orale	1 071,70
T 76243	approches intra et extra-orales	1 605,50
T 76260	Condyle (réduction ouverte)	790,50
+ 76245	Réduction ouverte de la fracture mandibulaire en anse de seau (bilatérale chez un édenté complet)	1 055,70
+ 76250	Forfait par site pour la réduction de la fracture mandibulaire avec perte de continuité ou dans un site édenté avec atrophie sévère (moins de 1 cm de hauteur verticale de la mandibule au site de la fracture)	306,00
+	Ce forfait est payable en sus des codes de réduction de fracture mandibulaire.	

Orbite

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

	Plancher	
T 76520	par voie sinusale	503,70
T 76510	par voie externe	379,15
T 76530	avec plastie	562,80
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
T 76521	latérale	503,70
T 76522	médiane	503,70
T 76523	supérieure	562,80

Os alvéolaire

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

T 76911	3 cm et moins	43,00
T 76912	plus de 3 cm à 6 cm	57,75
T 76913	plus de 6 cm	69,00
T 76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	110,30
T 76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	221,75
76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	277,00

AVIS : Incrire 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)	389,00
---------	---	--------

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

+ Plaque de reconstruction mandibulaire et attelle osseuse

+ **6.26** Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place de plaque de reconstruction ou 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.

+ **6.27** La rémunération pour la mise en place de plus d'une plaque de reconstruction dans une même séance correspond à 100 % du tarif fixé pour la première plaque de reconstruction et à 50 % pour la ou les suivantes.

+ L'ablation de plaque de reconstruction et d'attelle osseuse faite au cours d'une même séance chirurgicale que la mise en place est incluse dans le tarif de la chirurgie.

+ La mise en place d'attelle osseuse est incluse dans le tarif de la chirurgie, à moins d'une mention différente aux règles d'application.

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 (50 %) dans la case MODIF. pour la facturation en R1. Inscrire le modificateur 050 (50 %) dans la case MODIF. pour la facturation en R4.*

S
S
S
S

T 76154	Mise en place d'une plaque de reconstruction 3 à 6 cm	344,65
T 76156	plus de 6 cm	574,45

S
S
S

Ablation d'attelle osseuse

S
S
S
S
S

+ 79989	Ablation d'attelle osseuse : broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) dans une séance autre que la mise en place	127,50
---------	---	--------

+ Fixation inter-maxillaire et attelle pré-prothétique

+ La mise en place et l'ablation d'une fixation inter-maxillaire incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques, ne donnent droit qu'à la facturation du premier code de fixation inter-maxillaire au cours d'une même séance (maximum 1 payable par séance).

+ 79990	Fixation inter-maxillaire par toute technique d'appareillage (incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques)	204,00
---------	--	--------

+ 79991	Mise en place d'une attelle pré-prothétique (pour abaissement total du plancher buccal, vestibuloplastie ou ostéotomie pré-prothétique palatine)	204,00
---------	--	--------

+ 79992	Ablation de la fixation inter-maxillaire ou de l'attelle pré-prothétique (incluant vis, suspensions, arches et fils métalliques) dans une séance autre que la mise en place (par site, maximum de 3 sites au maxillaire et 2 sites à la mandibule)	153,00
+	Les tarifs de la fixation inter-maxillaire et de l'attelle pré-prothétique ne sont pas assujettis à la règle d'application 6.4.	

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

	Luxation	
T 78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	41,05
T 78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	59,95
T 78200	Ménisectomie totale	362,70
T 78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus)	474,10
T 78300	Condylectomie radicale (résection au col)	711,20
T 78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle	725,40
T 77160	Ablation de l'apophyse coronoïde	365,15
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
T 78600	médication intra-articulaire incluant la substance	71,15
T 78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire)	177,65

Arthroscopie

T 78401	Arthroscopie diagnostique (lyse et lavage)	355,60
T 78410	Arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée)	533,25
+ 78520	Injection de toxine botulinique à des fins fonctionnelles (ATM) (maximum d'une (1) injection par muscle et de six (6) muscles par séance)	66,30
+ 78521	Mise en place d'une prothèse de la fosse glénoïde (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante et du col condylien, la condylectomie, la coronoidectomie)	1 861,50
+ 78522	Mise en place d'une prothèse condylienne (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante et du col condylien, la condylectomie, la coronoidectomie)	1 861,50
+ 78523	Cure d'ankylose (< 5 mm d'ouverture) de l'articulation temporo-mandibulaire (avec ou sans remplacement articulaire)	1 249,50

Ostéotomie

+	Le maximum payable est de 3 ostéotomies par maxillaire y compris les ostéotomies inter-dentaires	
	Mandibulaire	
+ 77121	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise de greffon	846,75
T 77451	segmentaire (unilatérale)	751,45
T 77422	segmentaire antérieur	751,45
T 77440	segmentaire préprothétique	494,10
	Maxillaire	
T 77310	Le Fort I (avec ou sans ostectomie), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise de greffon (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	1 224,75
T 77411	segmentaire (unilatérale)	751,45
T 77412	segmentaire antérieur	751,45

T 77400	segmentaire préprothétique.	784,55
T 77720	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur)	151,65
T 77320	Le Fort II	C.S.
T 77325	Le Fort III	C.S.
T 77315	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale)	399,40
T 77305	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort)	1 129,45
	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	
T 77610	au maxillaire	227,50
T 77611	à la mandibule	227,50
	Corticotomie	
S		
+	Pour les fins de l'Entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent.	
+ 77601	Corticotomie avec assistance orthodontique (maximum de 12 par maxillaire et ne peut être combinée à une ostéotomie au cours de la même séance)	102,50
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	
T 77452	repositionnement bilatéral	554,60
T 77453	diminution	416,10

6.28 Oncologie et reconstruction

+	Évidement cervical	
+ 71600	fonctionnel conservant les muscles, vaisseaux et nerfs	765,00
+ 71601	total	612,00
+ 71602	bilatéral, toutes techniques	1 020,00
+ 71605	Réparation de la lèvre avec lambeau Abbé ou cross lip	573,75
+	Correction de cicatrices post traumatiques ou chirurgicales, une (1) ou plus, extra-orales/cutanées	
+ 71610	moins de 4 cm.	76,50
+ 71611	de 4 cm à 10 cm	229,50
+ 71612	de 11 cm à 20 cm	306,00
+ 71613	21 cm et plus.	408,00
+	Dermabrasion post traumatique / fentes labiales	
+ 71620	inférieur à 25 cm ²	82,95
+ 71621	Entre 25 cm ² et 50 cm ²	110,55
+ 71622	supérieur à 50 cm ²	165,85
+ 71630	Grefte par transfert d'un lambeau pédiculé myocutané local	867,00
+ 71631	Grefte par transfert d'un lambeau pédiculé régional (lambeau pectoral ou grand dorsal)	943,50

Grefte cutanée libre, région tête et cou (autre que l'abaissement total du plancher buccal)

+ 71640	inférieur à 25 cm ²	306,00
+ 71641	Entre 25 cm ² et 50 cm ²	408,00
+ 71642	supérieur à 50 cm ²	510,00

+ 71650	Grefte par lambeau libre micro-anastomosé, incluant la prise de greffon.	1 938,00
---------	--	----------

+ 71655	Injection intra-lésionnelle d'agent pharmacologique à des fins non cosmétiques (max de 4 injections par séance)	39,15
---------	---	-------

+ Supplément aux forfaits de chirurgies complexes sous microscope

+ 71660	Supplément pour microanastomose vasculaire	714,00
+ 71661	Supplément pour microanastomose nerveuse	612,00

+ 71670	Insertion de prothèse cranio-maxillo-faciale alloplastique implantée pour correction de défauts congénitaux, de développement ou post-traumatiques (non articulaire) (maximum de 2 unités au tiers supérieur, de 2 unités au tiers moyen et de 2 unités à la mandibule).	382,50
---------	--	--------

+ Le tarif de la prothèse cranio-maxillo-faciale n'est pas assujéti à la règle d'application 6.4.

AVIS : *Inscrire le site de l'insertion de la prothèse dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

+ Distracteur cranio-maxillo-facial

+ 71680	Appareil unilatéral	
+ 71681	Mise en place	127,50
	Retrait.	280,50

+ 71690	Appareil bilatéral	
+ 71691	Mise en place.	178,50
	Retrait.	357,00

+ Les tarifs du distracteur cranio-maxillo-facial ne sont pas assujéti à la règle d'application 6.4 et ne sont pas applicables aux appareils d'expansion palatine.

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).

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

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

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

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

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

AVIS : Dans les cas de confection, de remplacement et de regarnissage d'une prothèse acrylique, l'autorisation préalable du ministère du Travail, 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 ET REMPLACEMENT SUITE À UN BRIS OU UNE PERTE

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

Complète

51100	supérieure	717,00
51110	inférieure	924,00
51120	supérieure et inférieure	1 275,00

Partielle

52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	797,00

B) REMPLACEMENT SUITE À UNE CHIRURGIE

AVIS : *Référer à l'onglet Rémunération à l'acte pour les instructions de facturation : Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale (section 3.2.4.5) Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale (section 3.2.4.6).*

Complète

51101	supérieure	717,00
51111	inférieure	924,00
51121	supérieure et inférieure	1 275,00

Partielle

52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	797,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	223,00
56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	223,00

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

55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	99,50
55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	99,50
55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	133,50
55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	133,50

AVIS : *La réparation inclut les matériaux pour procéder à la réparation. 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 du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.

D) AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

55520	Maxillaire supérieur	133,50
55530	Maxillaire inférieur	133,50

AVIS : *L'ajout de structure se définit comme l'ajout d'une ou de plusieurs dents, d'un ou de plusieurs crochets ou d'un ou de plusieurs appuis. L'autorisation du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

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

AVIS : *Fournir les renseignements appropriés. Voir la règle d'application 1.2 et la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte.*

Complète

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

Partielle

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

Les services dentaires assurés

TYPE DE SERVICES	MILIEU HOSPITALIER***	CABINET
Examens et consultations		
Examen et consultation	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Examen d'urgence	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Prévention		
Enseignement	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Nettoyage	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Application de fluorure	Prestataire ¹ 12 à 15	Prestataire ¹ 12 à 15
Détartrage	Prestataire ¹ 16 et plus	Prestataire ¹ 16 et plus
Radiologie*		
Intra-orale	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Extra-orale : panoramique**	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Extra-orale : autres	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation - couronne préfabriquée - tenon	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Endodontie		
Pansement sédatif	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Pulpotomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale (depuis le 27 février 2014)	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹ (1) (2)
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Traitement de canal sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹ 0 à 12	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enf. de 0 à 9 et prestataire ¹
Prostodontie (1 prothèse par 8 ans)	Prestataire ¹	Prestataire ¹
Parodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré

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

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

*** Centre hospitalier ou établissement universitaire.

1 Le mot Prestataire du présent tableau identifie un prestataire d'une aide financière de dernier recours

2 Cliniques privées d'anesthésie générale (Annexe VII)

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).