



## MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 47  
JUN 2014

*Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.*

---

### SOMMAIRE

**NOTE :** Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification.

#### INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

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

#### ENTENTE

- Modification d'ordre administratif

**Page :** [87](#)

#### LETTRES D'ENTENTE

- Signature des lettres d'entente n° 12, n° 13, n° 14 et n° 15

**Pages :** [10](#), [11](#), [13](#) et [14](#)

- Signature de la lettre d'intention n° 1

**Page :** [15](#)

#### PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [2](#) à 7

#### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [5](#), [21](#), [23](#) à 34

#### RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [17](#) et [20](#)

## RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

- Modifications d'ordre administratif

**Page :** [1](#)

## PAIEMENT À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [3](#), [6](#) et [16](#)

- Actualisation des calendriers de paiement

**Pages :** [9](#) et [10](#)

- Ajout du message explicatif 427

**Page :** [15](#)

## PAIEMENT À HONORAIRES FIXES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [3](#) et [6](#)

- Actualisation des calendriers de paiement

**Pages :** [9](#) et [10](#)

## PAIEMENT À TARIF HORAIRE

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [3](#) et [6](#)

- Actualisation des calendriers de paiement

**Pages :** [9](#) et [10](#)

## MESURES INCITATIVES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#), [4](#), [5](#), [7](#), [9](#) et [14](#)

## PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

- Modifications d'ordre administratif

**Page :** [1](#), [3](#) et [6](#)

- Ajout du message explicatif 030

**Page :** [10](#)

## RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications d'ordre tarifaire

**Pages :** [2](#) à [10](#), [12](#) à [15](#), [18](#) à [20](#), [25](#), [26](#), [29](#), [30](#), [33](#) et [34](#)

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [7](#), [12](#), [15](#), [29](#), [30](#) et [36](#)

## MANUELS ET FORMULAIRES

- Modification d'ordre administratif

**Page :** [1](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 205 / 2012-11-26, 140 / 2013-09-25, 177 / 2013-11-06, 261 / 2014-01-17, 305 / 2014-02-27, 338 / 2014-03-28, 028 / 2014-05-07

## 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 : 978-2-550-65744-6

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de  
l'assurance maladie**  
**Québec** 



## INTRODUCTION

# Le Manuel des dentistes vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie.

À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

#

### Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web**, section [Professionnels](#) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant vos ententes et vos modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour de votre manuel, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

# Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

## COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

## # Par le site Web :

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

## Par courrier électronique :

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

## Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

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

## Par télécopieur :

# - Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

## Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

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

**MAJ** = mise à jour

**XX** = numéro séquentiel de la mise à jour papier

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

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

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

- **99** indique une modification d'ordre administratif

(ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

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

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

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

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

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

ACCORDS	
Accord n° 1	1
Accord n° 3	2
Accord n° 5	3
Accord n° 7	4
Accord n° 8	5
Accord n° 9	6
# Accord n° 10	7
2. PERSONNES ASSURÉES	1
2.0 AVANT-PROPOS	1
2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT ET PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE	1
2.1.1 Carte d'assurance maladie	1
2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	1
2.1.3 Modèles de carte	2
2.1.4 Vérification de la carte (validité)	4
2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS	6
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ( <i>formulaire n° 1670</i> ) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire n° 2076</i> )	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
#3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n° 1670</i> )	2
#3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE	3
# 3.2.1 Identité de la personne assurée	3
# 3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admis- sibles aux services de chirurgie buccale	3
# 3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours	4
#	
# 3.2.2 Identité des professionnels	6
# 3.2.2.1 Dentiste traitant	6
# 3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation	7
#	
# 3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et considéra- tion spéciale	8
# 3.2.3.1 Diagnostic principal	8
# 3.2.3.2 Renseignements complémentaires	8
# 3.2.3.3 Considération spéciale (C.S.)	9

	<i>Page</i>
# 3.2.4 Services . . . . .	<b>10</b>
# 3.2.4.1 Date des services . . . . .	<b>10</b>
# 3.2.4.2 Inscription des services . . . . .	<b>10</b>
# 3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris) . . . . .	<b>12</b>
# 3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable . . . . .	<b>14</b>
# 3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale . . . . .	<b>15</b>
# 3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale . . . . .	<b>17</b>
# 3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement . . . . .	<b>18</b>
# 3.2.4.8 Document complémentaire ( <i>formulaire n° 1944</i> ) . . . . .	<b>19</b>
# 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus . . . . .	<b>20</b>
# 3.2.6 Signature du dentiste ou de son mandataire . . . . .	<b>21</b>
#3.3 EXPÉDITION . . . . .	<b>21</b>
#3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire n° 2076</i> ) . . . . .	<b>22</b>
#	
#3.5 ANNEXES . . . . .	<b>24</b>
#ANNEXE I	
Liste des rôles . . . . .	<b>24</b>
#ANNEXE II	
Liste des modificateurs . . . . .	<b>25</b>
#ANNEXE III	
Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification . . . . .	<b>27</b>
#ANNEXE IV	
Formulaire « Demande de prothèses dentaires acryliques » . . . . .	<b>29</b>
#ANNEXE V	
Numéro d'établissement . . . . .	<b>31</b>
#ANNEXE VI	
Numérotation des dents . . . . .	<b>32</b>
#ANNEXE VII	
Liste des cliniques privées d'anesthésie générale . . . . .	<b>33</b>
#ANNEXE VIII	
Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques . . . . .	<b>34</b>
4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES . . . . .	<b>1</b>
DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ( <i>formulaire n° 1216</i> ) . . . . .	<b>1</b>
4.0 AVANT-PROPOS . . . . .	<b>1</b>
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n° 1216</i> ) . . . . .	<b>2</b>
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT . . . . .	<b>4</b>



	<i>Page</i>
4.3 EXPÉDITION .....	<b>16</b>
4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ .....	<b>17</b>
4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE .....	<b>17</b>
4.6 SECTEURS DE DISPENSATION .....	<b>19</b>
4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS .....	<b>20</b>
4.8 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX ( <i>Annexe V de l'Entente</i> ) .....	<b>21</b>
4.8.1 Description du bilan des avantages sociaux ( <i>9 parties</i> ) .....	<b>22</b>
4.9 ÉTAT DE LA FACTURATION ( <i>Avantages sociaux, Annexe V de l'Entente</i> ) .....	<b>23</b>
4.9.1 Description de l'état de la facturation ( <i>Parties 1 à 12</i> ) .....	<b>24</b>
4.10 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ( <i>formulaire n° 1988</i> ) .....	<b>29</b>
4.10.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement .....	<b>30</b>
5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE .....	<b>1</b>
DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n° 1215</i> ) .....	<b>1</b>
5.0 AVANT-PROPOS .....	<b>1</b>
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n° 1215</i> ) .....	<b>2</b>
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....	<b>4</b>
5.3 EXPÉDITION .....	<b>11</b>
5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE .....	<b>11</b>
5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ .....	<b>12</b>
5.6 SECTEURS DE DISPENSATION .....	<b>12</b>
5.7 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ( <i>formulaire n° 1988</i> ) .....	<b>13</b>
5.7.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement .....	<b>14</b>
7. PAIEMENT À L'ACTE .....	<b>1</b>
7.1 MODE DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
7.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
7.3 FACTURATION INFORMATISÉE .....	<b>1</b>
7.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence .....	<b>1</b>

	<i>Page</i>
7.4 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
7.4.1 Description .....	<b>3</b>
7.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et sommaire</i> ) .....	<b>3</b>
7.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 6a</i> ) .....	<b>5</b>
7.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée .....	<b>5</b>
7.4.2 Vérification des paiements .....	<b>5</b>
7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	<b>5</b>
7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>5</b>
7.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	<b>5</b>
7.5.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
7.5.4 Paiement refusé en totalité .....	<b>6</b>
7.5.5 Demande de révision .....	<b>6</b>
7.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT .....	<b>7</b>
7.7 CODES DE TRANSACTIONS .....	<b>8</b>
#7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014-2015) .....	<b>9</b>
MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE .....	<b>11</b>
7.9 MESSAGES EXPLICATIFS .....	<b>11</b>
8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES .....	<b>1</b>
8.1 MODE DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
8.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
8.3 FACTURATION INFORMATISÉE .....	<b>1</b>
8.3.1 Retour d'erreurs à l'agence .....	<b>1</b>
8.4 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
8.4.1 Description .....	<b>3</b>
8.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i> ) .....	<b>3</b>
8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	<b>5</b>
8.4.2 Vérification des paiements .....	<b>5</b>
8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	<b>5</b>
8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>5</b>
8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	<b>5</b>
8.5.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
8.5.4 Paiement refusé en totalité .....	<b>6</b>
8.5.5 Annulation d'une demande de paiement .....	<b>7</b>
8.6 CODES DE TRANSACTIONS .....	<b>8</b>
#8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014-2015) .....	<b>9</b>
MESSAGES EXPLICATIFS - HONORAIRES FIXES .....	<b>11</b>
8.8 MESSAGES EXPLICATIFS .....	<b>11</b>

	<i>Page</i>
9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE .....	1
9.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
9.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
9.3 FACTURATION INFORMATISÉE .....	1
9.3.1 Retour d'erreurs à l'agence .....	1
9.4 ÉTAT DE COMPTE .....	2
9.4.1 Description .....	3
9.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et Sommaire</i> ) .....	3
9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	5
9.4.2 Vérification des paiements .....	5
9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	5
9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	5
9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	5
9.5.3 Paiement refusé en partie .....	6
9.5.4 Paiement refusé en totalité .....	6
9.5.5 Annulation d'une demande de paiement .....	7
9.6 CODES DE TRANSACTIONS .....	8
#9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014-2015) .....	9
MESSAGES EXPLICATIFS - TARIF HORAIRE .....	11
9.8 MESSAGES EXPLICATIFS .....	11
10. MESURES INCITATIVES .....	1
10.0 AVANT-PROPOS .....	1
10.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT ( <i>formulaire n° 3336</i> ) .....	2
10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT .....	4
10.3 EXPÉDITION .....	11
10.4 LISTE DES LOCALITÉS .....	12
11. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES .....	1
11.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
11.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
11.3 ÉTAT DE COMPTE .....	2
11.3.1 Description .....	3
11.3.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9</i> ) .....	3
11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 10a</i> ) .....	5
11.3.2 Vérification des paiements .....	5

	<i>Page</i>
11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	<b>6</b>
11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>6</b>
11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement .....	<b>6</b>
11.4.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
11.4.4 Paiement refusé en totalité.....	<b>6</b>
11.4.5 Modification d'une demande déjà payée .....	<b>6</b>
11.4.6 Annulation d'une demande de remboursement .....	<b>7</b>
11.5 CODES DE TRANSACTIONS .....	<b>8</b>
MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES .....	<b>9</b>
11.6 MESSAGES EXPLICATIFS.....	<b>9</b>
12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF .....	<b>1</b>
RÈGLES GÉNÉRALES.....	<b>1</b>
DIAGNOSTIC .....	<b>4</b>
# PRÉVENTION.....	<b>8</b>
# RESTAURATION.....	<b>9</b>
# ENDODONTIE .....	<b>14</b>
# CHIRURGIE .....	<b>16</b>
# PROTHÈSE ACRYLIQUE.....	<b>33</b>
# TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRES ASSURÉS .....	<b>36</b>
13. INDEX ALPHABÉTIQUE DES DIAGNOSTICS .....	<b>1</b>
INDEX ALPHABÉTIQUE .....	<b>3</b>
14. MANUELS ET FORMULAIRES .....	<b>1</b>
14.1 MANUEL .....	<b>1</b>
14.1.1 Manuel sur Internet .....	<b>1</b>
14.1.2 Manuel papier et commande.....	<b>1</b>
14.2 FORMULAIRES .....	<b>1</b>
14.2.1 Formulaire sur Internet .....	<b>1</b>
14.2.2 Formulaire papier.....	<b>1</b>
14.2.3 Commande.....	<b>1</b>

Le dentiste rémunéré à honoraires fixes pourra utiliser, au cours de sa première année d'exercice dans les territoires désignés, ces jours accumulés. Le dentiste qui ne peut utiliser durant sa première année d'exercice dans les territoires désignés, le solde de ces jours accumulés, pourra reporter à l'année suivante et pour cette seule année, les jours accumulés non utilisés.

Le dentiste, peu importe son mode de rémunération, qui ne bénéficie d'aucun jour de perfectionnement accumulé ou qui bénéficie de moins de dix (10) jours peut au cours de la première année, utiliser par anticipation les journées de ressourcement jusqu'à concurrence d'un nombre maximum de jours lui permettant d'obtenir au total dix (10) jours de ressourcement au cours de la première année.

# **AVIS** : *Le dentiste rémunéré à honoraires fixes doit utiliser les codes de congé suivants :*

- code 19 pour « perfectionnement »
- code 18 pour « ressourcement anticipé ».

Si le dentiste avait, au moment de son arrivée, utilisé plus de jours de perfectionnement que le nombre accumulé, les jours pris en trop seront considérés comme anticipés.

Les jours reportés au 1<sup>er</sup> mai précédant son arrivée dans les territoires désignés sont utilisés jusqu'au 1<sup>er</sup> mai suivant préalablement à toute anticipation.

- 4.1 b) Le dentiste régi par l'Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord peut toutefois, par période de douze (12) mois où il exerce sa profession sur une base régulière, bénéficier du séjour de ressourcement visé au premier alinéa du présent paragraphe. Il peut s'en prévaloir en tout temps. Advenant un départ avant la fin de la période de douze (12) mois, il aura eu droit au nombre de jours de ressourcement correspondant au prorata des mois ouverts.

Dans les trente (30) jours suivant la date de son installation dans un établissement du Nord ou de la réception d'un avis à cet effet, la Régie transmet au dentiste, déjà rémunéré à honoraires fixes, l'état des jours de perfectionnement accumulés et utilisés, calculés au prorata des mois ouverts du 1<sup>er</sup> mai précédant jusqu'à son arrivée dans le Nord ainsi que des jours reportés.

**AVIS** : *Le dentiste rémunéré à honoraires fixes qui s'installe dans le Nord doit faire la demande de son bilan à la Régie.*

Le dentiste rémunéré à honoraires fixes pourra, au cours de sa première année d'exercice dans un établissement du Nord, utiliser le solde des jours accumulés au moment de son arrivée. Le dentiste qui ne peut les utiliser durant sa première année d'exercice, pourra reporter à l'année suivante et pour cette seule année, les jours non utilisés.

Si le dentiste rémunéré à honoraires fixes a, au moment de son arrivée dans un établissement du Nord, utilisé plus de jours de perfectionnement que le nombre accumulé, les jours pris en trop seront déduits des vingt (20) jours de ressourcement auquel il a droit pour sa première période de douze (12) mois.

Les jours reportés au 1<sup>er</sup> mai précédant son arrivée dans le Nord peuvent être utilisés jusqu'au 1<sup>er</sup> mai suivant.

**4.2** Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement ou d'un congrès de perfectionnement offert au Québec ou d'un stage clinique effectué au Québec chez un spécialiste reconnu par l'Ordre des dentistes du Québec.

Toutefois, le dentiste peut, une fois par année, avec l'accord préalable du Comité paritaire prévu à l'article 29.00 de l'entente, se prévaloir d'un séjour de ressourcement à l'extérieur du Québec. Ne sont pas considérés comme séjours de ressourcement à l'extérieur du Québec ceux effectués à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

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

**4.3** Pendant le temps où il réside et exerce sa profession dans les territoires désignés, les dispositions prévues aux paragraphes 5.01 et 5.02 de l'annexe V ne s'appliquent pas.

**4.4** Le dentiste qui bénéficie d'un séjour de ressourcement ou d'un séjour de perfectionnement selon les modalités du paragraphe 4.1 a droit au remboursement des frais suivants :

- a) un montant de :
  - i. trois cent cinquante-neuf dollars (359 \$) par jour de ressourcement à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2012 jusqu'au 31 mars 2013;
  - ii. trois cent soixante-cinq dollars (365 \$) par jour de ressourcement à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013 jusqu'au 31 mars 2014;
  - iii. trois cent soixante-douze dollars (372 \$) par jour de ressourcement à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.

Le dentiste rémunéré à honoraires fixes reçoit son traitement.

**AVIS :** *Le dentiste rémunéré à honoraires fixes doit utiliser le code de congé 19.*

- b) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de ressourcement (maximum 4 fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la présente annexe.

Toutefois, lorsque le séjour de ressourcement est effectué à l'extérieur du Québec, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du dentiste à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la présente annexe.

- c) une allocation forfaitaire de :
  - i. deux cent neuf dollars (209 \$) par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2012 jusqu'au 31 mars 2013;
  - ii. deux cent treize dollars (213 \$) par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013 jusqu'au 31 mars 2014;
  - iii. deux cent dix-sept dollars (217 \$) par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.
- d) lorsque le dentiste se prévaut de l'anticipation de ses jours de ressourcement, les transports aller-retour sont déduits du nombre maximum prévu à l'alinéa b).

**LETTRE D'ENTENTE N° 11**

Concernant les travaux préliminaires requis pour documenter les parties dans le cadre de la négociation des tarifs à l'acte payables par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

**LES PARTIES CONVIENNENT** de créer un comité conjoint composé d'au moins deux (2) représentants de chacune des parties dont le mandat est :

- de déterminer l'écart moyen entre les tarifs RAMQ pour les services assurés et ceux effectivement facturés par les dentistes aux personnes non admissibles au régime public pour des services non assurés;
- de déterminer le pourcentage moyen des frais d'exploitation des cliniques dentaires pour les services assurés par le régime public sur les honoraires versés par la RAMQ, sur la base des conclusions du rapport Mallette qui seront mises à jour à partir des données de 2007;
- de déterminer la rémunération personnelle moyenne des dentistes générée par les tarifs à l'acte payables par la RAMQ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009;
- de convenir de la périodicité à laquelle doit être révisé le rapport Mallette;
- de déterminer la variation annuelle moyenne des frais d'exploitation des cliniques dentaires, en prenant en compte les services rendus dans le cadre du régime public en 2007 et en 2008, et de convenir d'un indice annuel pour mesurer la variation des frais d'exploitation des cliniques dentaires chaque année par la suite.

Dans l'exécution de son mandat, le comité utilisera les données appropriées et évaluera les diverses méthodologies afin d'établir les plus pertinentes pour réaliser son mandat. S'il le juge opportun, il pourra utiliser des firmes spécialisées dont l'expertise et l'objectivité sont reconnues pour réaliser les travaux jugés nécessaires.

Les travaux doivent débuter dans les deux (2) mois de la signature de l'entente et se terminer au plus tard le 15 décembre 2009. Chaque partie paie les frais de ses membres et assume la moitié des coûts.

**AVIS :** *Les parties négociantes prolongent l'échéancier inscrit à cette lettre d'entente jusqu'au 15 mars 2010.*

Advenant un désaccord sur l'un ou l'autre des points du mandat ou de son exécution, les parties s'engagent à avoir recours, à la demande de l'une ou l'autre des parties, à un médiateur nommé conjointement. Cette nomination doit s'effectuer dans les trente (30) jours de la demande. Le médiateur doit faire rapport de ses constats, prendre position sur le ou les point(s) de désaccord et formuler ses recommandations au plus tard trois (3) mois suivant la date du début de son mandat. Les honoraires et dépenses du médiateur sont payés à part égale par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 20<sup>e</sup> jour de juin 2008.

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

**SERGE LANGLOIS**  
Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec

## LETTRE D'ENTENTE N° 12

**CONCERNANT LES FRAIS D'EXPLOITATION ET LES HONORAIRES BRUTS DES CABINETS DENTAIRES**

**Considérant** les travaux réalisés dans le cadre des lettres d'entente n° 3 et n° 11;

**Considérant** l'importance des frais d'exploitation en relation avec les honoraires bruts pour les services rendus dans les cabinets dentaires;

**Considérant** l'intérêt pour les parties de disposer de données communes à jour lors des négociations menant au renouvellement de l'Entente;

**LES PARTIES CONVIENNENT** de créer un comité conjoint composé d'au plus trois (3) représentants de chacune des parties dont le mandat est :

- de déterminer les écarts moyens entre, d'une part, les tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2013 versés par la RAMQ pour les services assurés et ceux du Guide 2013 des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires de l'ACDQ et, d'autre part, les tarifs facturés en 2013 aux patients non assurés par le régime public et ceux du Guide 2013 de l'ACDQ;
- de déterminer, d'une part, le pourcentage moyen en 2013 des frais d'exploitation des cabinets privés sur les honoraires bruts pour les services assurés par le régime public et, d'autre part, celui en 2013 des frais d'exploitation de ces cabinets sur les honoraires bruts générés par les services rendus aux patients non assurés par le régime public;
- de déterminer le nombre moyen d'heures de travail et d'heures au fauteuil des dentistes en cabinet privé en 2013;
- de déterminer la variation annuelle moyenne des frais d'exploitation des cliniques dentaires et de convenir d'un indice annuel composé des différents éléments du panier de dépenses d'un cabinet dentaire mesurant la variation des frais d'exploitation des cliniques dentaires chaque année.

Dans l'exécution de son mandat, le comité recueillera et utilisera, au moyen d'outils appropriés, les données requises. De plus, il appliquera notamment les diverses méthodologies élaborées dans le cadre des travaux découlant de la Lettre d'entente n° 11 de l'entente précédente. S'il le juge opportun, il pourra utiliser des firmes spécialisées dont l'expertise et l'objectivité sont reconnues pour réaliser certains travaux jugés nécessaires.

Les travaux doivent commencer au plus tard le 15 janvier 2014 et se terminer au plus tard le 15 novembre 2014. Chaque partie paie les frais de ses membres, ainsi que la moitié des coûts.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26<sup>e</sup> jour de novembre 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**  
Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec



**LETTRE D'ENTENTE N° 13****CONCERNANT UNE MODIFICATION ÉVENTUELLE DE LA COUVERTURE  
DES SOINS DENTAIRES ASSURÉS PAR LE RÉGIME PUBLIC****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Si, pendant la durée de l'Entente, survenait une application de la protection du régime public à des personnes qui ne sont pas actuellement visées, il est convenu que les parties négocieraient une modification, si indiquée, des tarifs à l'acte effective à la date d'entrée en vigueur de la modification et modifieraient l'Entente en conséquence.

- + EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26<sup>e</sup> jour de novembre 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**

Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec

## LETTRE D'ENTENTE N° 14

**CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UNE ENVELOPPE SPÉCIFIQUE AFIN D'ASSURER LE FINANCEMENT DE MESURES SPÉCIFIQUES EN LIEN AVEC L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DENTAIRES ET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS ACCOMPLIES PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES PRATIQUANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS**

**Considérant** la volonté des parties de déterminer les modalités de rémunération en lien avec certains services dentaires pour lesquels aucune rémunération n'est actuellement prévue;

**Considérant** la diversité des activités accomplies par les chirurgiens-dentistes dans les établissements de la santé et des services sociaux;

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

1. D'allouer une somme de 500 000 \$ en 2013-2014 et de 513 000 \$ en 2014-2015 afin de financer les nouvelles modalités de rémunération découlant des mesures suivantes :

## NOUVEL ACTE

- Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale.

Ce nouvel acte ne pourra être facturé qu'à compter de l'entrée en vigueur de la modification au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

## ADAPTATION DE LA RÉMUNÉRATION

- Établir une rémunération spécifique pour la couronne en acier inoxydable fenêtrée.

## PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT

- La garde en disponibilité dans certains milieux spécifiques;
- Les activités administratives pour les chirurgiens-dentistes rémunérés exclusivement selon le mode de rémunération à l'acte.

2. Au plus tard le 30 décembre 2012, les parties établiront, pour chacune de ces mesures, les modalités d'application et de rémunération et une estimation de la dépense annuelle générée par chacune d'elles.
3. Les deux mesures relatives à la pratique en établissement entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2013.

4. Les parties devront suivre trimestriellement l'évolution de la dépense associée à la mise en place des mesures identifiées au point 1. À cette fin, dans les 120 jours de la fin d'un trimestre, elles devront estimer la somme des dépenses générées par ces mesures sur une base annuelle. Advenant une non-atteinte du montant prévu pour les années 2013-2014 ou 2014-2015, les parties conviendront dans les 90 jours suivant cette estimation des modalités d'utilisation de ce solde au bénéfice des dentistes. Par ailleurs, advenant un dépassement du montant prévu pour les années 2013-2014 ou 2014-2015, les parties conviendront dans les 90 jours suivant cette estimation des modalités permettant de ramener la dépense au niveau des montants prévus pour l'une ou l'autre de ces années.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26<sup>e</sup> jour de novembre 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**

Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec

**LETTRE D'ENTENTE N° 15****CONCERNANT LA FACTURATION DE LA CONSULTATION (CODE D'ACTE N° 93200)**

**Considérant** les augmentations accordées dans le cadre du renouvellement de l'Entente, plus particulièrement celle accordée à la consultation;

**Considérant** la volonté des parties de s'assurer que le volume de consultations demeure sensiblement au même niveau que celui observé dans les dernières années;

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

1. De suivre périodiquement le niveau de facturation de la consultation (code d'acte n° 93200) à la suite des augmentations accordées le 1<sup>er</sup> décembre 2012.
2. Advenant une modification importante au niveau de la fréquence d'utilisation de la consultation, les parties mettront en place les correctifs ou les contrôles nécessaires afin de rétablir la situation et ainsi amener le niveau des fréquences le plus près possible de celui observé avant l'octroi des augmentations du 1<sup>er</sup> décembre 2012.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26<sup>e</sup> jour de novembre 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**

Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec

**LETTRE D'INTENTION****LETTRE D'INTENTION N° 1****CONCERNANT LA RÉVISION DES MODALITÉS DU PROGRAMME DE RESSOURCEMENT HORS QUÉBEC**

**Considérant** la volonté des parties de revoir les objectifs poursuivis lors de la mise en place du programme de ressourcement hors Québec;

**Considérant** la volonté des parties de réaliser cet exercice sans toutefois rechercher à restreindre les sommes actuellement dévolues à ce programme;

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

1. D'entreprendre, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la signature de la présente, des discussions afin de revoir les critères d'admissibilité des chirurgiens-dentistes au programme de ressourcement hors Québec.
2. Dans le cadre de ces discussions, les parties évalueront notamment la possibilité d'instaurer un critère de revenu minimal provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'admissibilité au programme de ressourcement ou encore d'instaurer une modulation des bénéfices du programme en lien avec les revenus tirés du régime public.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26<sup>e</sup> jour de novembre 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**

Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec



## 2. PERSONNES ASSURÉES

### 2.0 AVANT-PROPOS

#### A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

Toutes les personnes assurées sont admissibles aux services couverts par le programme de chirurgie buccale reçus dans un centre exploité par un établissement universitaire ou dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier déterminé par règlement.

#### B. SERVICES DENTAIRES

Toutes les personnes assurées dont l'âge est fixé par règlement et les prestataires d'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 ET PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

#### 2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

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

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Prénom usuel et nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte
4. Date d'expiration de la carte
5. Date de naissance et sexe de la personne assurée
6. Photographie/signature (facultatif - voir 2.1.3)
7. Hologramme

## 2.1.3 Modèles de carte

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

- # Depuis le 9 décembre 2013, de nouvelles normes pour la prise de photo sont en vigueur pour les cartes avec photo.
- # 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**



- # Ces cartes sont émises dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour une 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 une 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 une raison d'ordre médical.

## 2.1.4 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

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

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE).

## 2- Vérification de la date d'expiration

- a) Si la date d'expiration est postérieure à la date des services

Utiliser la *Demande de paiement - Dentiste* (n° 1670) pour facturer les services rendus.

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

# La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé au tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE), 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 ne 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, 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, 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 des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues à la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du 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 le numéro d'assurance maladie figurant sur la lettre de la Régie;
- inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.
- # Les situations d'exception sont en lien avec les services :
- nécessaires aux victimes de violence conjugale, familiale ou d'une agression sexuelle;
  - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
  - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires. Le professionnel lui remboursera la somme lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. Ne pas remettre de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

## 2- Dans tous les autres cas, sauf pour le revendicateur du statut de réfugié :

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) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) 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

## # Description du carnet de réclamation

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

Le **volet de gauche** du carnet identifie le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères), la période de validité du carnet et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

Le **volet de droite** identifie, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de services dentaires.

Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**, dans la case *Référence*.

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

## # Vérifications à effectuer avant de rendre un service :

Lorsque **le prestataire ne peut présenter son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation est expiré**, il doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

## # Avant de rendre un service, veuillez vérifier les renseignements suivants :

- la **période de validité du carnet de réclamation à la date des services**;
- l'**admissibilité aux services dentaires** par la présence de la mention « OUI » dans la case *Soins dentaires couverts* ou aux **services de prothèses dentaires acryliques** par la présence de la mention « SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE : OUI » à la case *Message*.

Si **le prestataire est soumis au délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques, la mention « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » figure dans la case *Soins dentaires couverts* de son carnet, ainsi que les mentions « SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE » et « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » à la case *Message*.

Avant ces dates, aucun service n'est payable sauf les services suivants et leur examen préalable **rendus en urgence** (réf. : article 36.1 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*) :

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

**AVIS :** *Pour les prestataires soumis à un délai de carence, lorsque faits le même jour, les services et leur examen préalable doivent être facturés sur une même demande de paiement. Vous devez inscrire la lettre « D » dans la case C.S. L'examen d'urgence non suivi d'un des services énumérés ci-dessus n'est pas payable et sera donc refusé.*

- la **période de validité de la carte d'assurance maladie** :

- le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide : remplir une demande de paiement pour le service rendu;
- le prestataire ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide : vous référer à la section 2.1.4 *Vérification de la carte (validité)* de l'onglet **PERSONNES ASSURÉES**.

# **Revendicateur du statut de réfugié**

Lorsque la mention « Document de CIC requis » est présente dans la case *Message* du carnet de réclamation, vérifier si le prestataire détient une carte d'assurance maladie :

- lorsqu'il ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide, la Régie ne paie pas le coût des services;
- lorsqu'il présente une carte d'assurance maladie valide, vérifier au volet de gauche du carnet, s'il est admissible aux soins dentaires et aux prothèses dentaires :
  - s'il est admissible à la date du service : remplir une demande de paiement pour les services;
  - s'il n'est pas admissible à la date du service : la Régie ne paie pas le coût des services.

**Les services rendus en urgence et leur examen préalable ne peuvent être facturés pour le revendicateur du statut de réfugié qui ne détient pas de carte d'assurance maladie.**



### 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

#### DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE (n° 1670) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (n° 2076)

##### 3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes le formulaire *Demande de paiement – Dentiste (acte)* (n° 1670) et le formulaire *Demande de remboursement de la personne assurée* (n° 2076).

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

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

- # Remplir les formulaires en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, n° de surface, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi le six janvier 20AA s'écrit AA-01-06.

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

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1670)

La demande de paiement comporte six sections :

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE ..... 1  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO  
 REQUÉRIENTES DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ..... ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION ..... ANNÉE | MOIS | JOUR

DATE DES SERVICES ..... 4  
 ANNÉE | MOIS | JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE / DENT / SURFAÇE / RÔLE / MODIF / UNITÉS / HONORAIRES

2 INT NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE 4

CONSULTATION DEMANDÉE PAR 2 SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 3  
 CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE  
 521.0  
 V90.9  
 AUTRE C.S. 3

ÉTABLISSEMENT 5  
 CODE DATE D'ENTRÉE ANNÉE | MOIS | JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE | MOIS | JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS 6

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE TOTAL

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0399

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

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



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

- # - le prestataire doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (section 3.4 du présent onglet) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS

3.2.2.1 Dentiste traitant

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

SPÉCIMEN

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 292 0399

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE  
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION MOIS

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE ANNEE MOIS JOUR SEXE CODE POSTAL

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODR UNITES HONORAIRES

INIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE  
R UNTEL 2072056 12345

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC CARIE DENTAIRE  
521.0

ÉTAT NORMAL DATE ANNÉE MOIS JOUR  
V90.9

ALTRORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR

AUTRE C.S.

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE  
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

CE CERTIFIÉ AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE TOTAL

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

L'identification du dentiste ne doit comporter aucune erreur.

## 3.2.6 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 0399	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		<input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34		
	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES		<input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> JOUR		
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				EXPIRATION		<input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> JOUR		
	DATE DE NAISSANCE				ACTE		<input type="checkbox"/> DENT <input type="checkbox"/> SURTAXE <input type="checkbox"/> SOUS <input type="checkbox"/> MOYEN <input type="checkbox"/> UNITÉ <input type="checkbox"/> HONORAIRES		
	ADRESSE				CODE POSTAL				
	INIT.		NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE		
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO				
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION		<b>SPÉCIMEN</b>	
				CARTE QUÉBÉCAISE <input type="checkbox"/> 921.0		NUMÉRO			
				ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR			
			AUTRE		C.S.				
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		<input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> JOUR			
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS <i>R. Hntel</i> SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE			
							<b>TOTAL</b>		

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le dentiste 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 dentiste peut obtenir de la Régie les formules prévues à cette fin.

- # **Remarque :** Les estampes, l'écriture en lettres détachées 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 dentiste 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 d'inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.** Seules les demandes de paiement et les documents complémentaires s'y rapportant doivent être adressés à :

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

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE									
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE									
PRENOM ET NOM A LA LIMITE N° DE SERVICE ET/OU N° SÉQUENTIEL DE LA CARTE					A L'USAGE DE LA RÉGIE DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR				
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE					EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR				
ACTIF/BIEN					CODE POSTAL				
NOM DU DENTISTE					NOM DU DENTISTE				
NUMÉRO					GROUPE				
CONSULTATION DEMANDÉE PAR					SON NUMÉRO				
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES					CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTURE <input type="checkbox"/> S21.0 <input type="checkbox"/> V90.9 DATE ANNÉE MOIS JOUR				
ÉTABLISSEMENT CODE ANNÉE MOIS JOUR					AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR				
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR					DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR				
					SPÉCIMEN				
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE				
					TOTAL				
<p><b>Directives pour la personne assurée</b></p> <p>Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré.</p> <p>1) Vérifiez que le dentiste a bien signé la partie du haut et qu'il a soigneusement inscrit les renseignements requis.</p> <p>2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et sélectionnez les directives appropriées.</p> <p>3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.</p> <p>4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le dentiste.</p> <p>* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.</p>									
<p><b>Situation à l'origine de la demande</b></p> <p>Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'envoyer la demande de remboursement à la Régie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vous carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :</b> Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.</li> <li>• <b>Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté :</b></li> <li>• <b>Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :</b> Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.</li> <li>• <b>Vous carte d'assurance maladie est expirée :</b> Si ce n'est déjà fait, communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.</li> <li>• <b>Vous carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :</b> Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.</li> </ul> <p><b>Note</b> - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.</p>									
<p><b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b></p> NOM PRENOM NUMÉRO RUE APP VILLE PROVINCE Q u é b e c CODE POSTAL					<p><b>Adresse pour l'envoi du chèque</b></p> <input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE NOM, PRENOM OU RAISON SOCIALE NUMÉRO RUE APP VILLE PROVINCE CODE POSTAL				
<p><b>Signature de la personne assurée</b></p> Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. X Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites : MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/> NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES DATE ANNÉE MOIS JOUR TÉLÉPHONE AU DOMICILE (NO RÉGIONAL) TÉLÉPHONE AU TRAVAIL (NO RÉGIONAL)									
2076 292 07/04					EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE				

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

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**

**Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste**

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), le dentiste doit remplir un formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* 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.

**Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au dentiste, celui-ci doit :**


- 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).  
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).
- Remettre à la personne assurée :**
  - l'exemplaire de la Régie;
  - la copie de la personne assurée;
  - une enveloppe-réponse.
- 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).  
Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».

**Rappel**  
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 :

- 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.

**Vous pouvez communiquer avec la Régie :**

<p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : <b>418 646-4636</b></p> <p>Montréal : <b>514 864-3411</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 561-9749</b></p> <p>..... www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p><b>Par ATS :</b></p> <p>(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : <b>418 682-3939</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 361-3939</b></p>	<p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Case postale 6600</p> <p>Québec (Québec) G1K 7T3</p>
--	---	--

**Régie de l'assurance maladie Québec** 

- # - faire payer à la personne les services rendus selon le tarif et les codes d'acte prévus au *Manuel des dentistes* publié par la Régie (onglet 12. *Règles d'application du tarif*);
- # - remplir la partie du haut selon les indications mentionnées au guide de rédaction du formulaire n° 2076.

**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 VII = Liste des cliniques privées d'anesthésie générale
  - # Annexe VIII = Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques
- 

**ANNEXE I :  
LISTE DES RÔLES**

RÔLE 1 :  
Dentiste responsable de l'acte.

RÔLE 4 :  
Dentiste assistant.

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

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

	<b>MODIF.</b>
<b>RÈGLE GÉNÉRALE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 1.1	
Dentiste fournissant des services en centre hospitalier avec le concours d'un ou de dentistes résidents dans un programme visé . . . . .	<b>008</b>
RÈGLE D'APPLICATION 1.4	
Tous les actes posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cent pour cent (100 %) du tarif établi. . . . .	<b>041</b>
<b>CHIRURGIE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 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 dentiste qui a pratiqué l'acte chirurgical est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical. . . . .	<b>013</b>
Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical . . . . .	<b>014</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.4	
Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne assurée par le même dentiste au cours d'une même séance, les actes secondaires sont rémunérés à 50 % . . . . .	<b>050</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.6	
Si une nouvelle intervention n'est pas reliée à une première ou n'en résulte pas, la rémunération est fixée à 100 % . . . . .	<b>010</b>
Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 % . . . . .	<b>048</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.7	
Lorsque pour une même fracture une réduction fermée est suivie d'une réduction ouverte, la première est rémunérée à 50 % de la prestation payable pour cette réduction fermée. . . . .	<b>046</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.8	
Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le dentiste requiert l'assistance d'un autre dentiste ou d'un chirurgien buccal, la rémunération de ce dernier est fixée à 25 % du tarif établi pour l'acte le mieux rémunéré et à 12,5 % du tarif établi pour les autres actes . . . . .	<b>050</b>

## RÈGLE D'APPLICATION 6.27

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

**AUTRES SITUATIONS**

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

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

**MODIFICATEURS MULTIPLES**

## INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 045 - 093)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 631) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,5000)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

<b>Combinaison de modificateurs</b>	<b>Modificateur multiple</b>	<b>Constante (Facteur de multiplication)</b>
<b>008 - 050 - 093</b>	<b>449</b>	0,5000
<b>008 - 050</b>	<b>450</b>	0,5000
<b>008 - 093</b>	<b>451</b>	1,0000
<b>045 - 093</b>	<b>631</b>	0,5000
<b>050 - 093</b>	<b>086</b>	0,5000



## ANNEXE III :

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

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

- Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale.

*Réf. : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7.*

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

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

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

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

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

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

**D :** - Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la date de fin de la période de validité.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents pour qui les services suivants et leur examen préalable ne sont pas assujettis au délai de carence :
  - ablation de dent ou de racine;
  - ouverture de la chambre pulpaire;
  - incision ou drainage d'un abcès;
  - alvéolite;
  - contrôle d'hémorragie;
  - réparation d'une lacération de tissu mou;
  - réduction d'une fracture alvéolaire;
  - immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
  - réimplantation d'une dent complètement exfoliée.

**E :** - Dentiste habituellement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, devant être rémunéré à l'acte.

**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 en lien avec les services :
  - nécessaires aux victimes de violence conjugale, familiale ou d'une agression sexuelle;
  - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
  - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

**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 tarif prévu.

**Remarque :** Voir 3.2.4.4 ou 3.2.4.5 du présent onglet.

- Préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
- Facturer les honoraires à 50 % du tarif.

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

ANNEXE IV :  
FORMULAIRE DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES



Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire

Numéro d'autorisation

Numero de dossier (CP-12)

Centre local d'emploi

Téléphone :

**SPÉCIMEN**

**Notes** – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.  
– Lorsque le formulaire est imprimé électroniquement le nom de l'agent responsable de l'autorisation s'inscrit en caractères d'imprimerie.

**Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout d'une structure.**

**La présentation du carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) permet d'obtenir le service.**

**Demande du prestataire**

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

pour moi-même ou

pour un membre de ma famille : \_\_\_\_\_  
(Indiquez le nom.)

**La prestation spéciale demandée est :**

Une prothèse initiale ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût d'achat a été assumé par le Ministère** et en usage depuis plus de huit ans ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût n'a pas été assumé par le Ministère.**

Remplacement à la suite d'une chirurgie buccale *(sur recommandation écrite d'un chirurgien buccal ou d'un dentiste)*

Remplacement à la suite d'une **perle ou d'un bris** **► En cas de perte ou de bris irréparable, le coût de ce remplacement sera assumé par le Ministère jusqu'à concurrence de la moitié du tarif prévu. Il est à noter que la différence sera payée par le prestataire.**

**Le service demandé est :**

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

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

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

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

**Autorisation du centre local d'emploi**

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

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

**SERVICES PAYABLES À 50 % DU TARIF PRÉVU** (remplacement pour une perte ou un bris irréparable)  Supérieure  Inférieure

**IMPORTANT :**

Le prestataire n'a que **trente jours** à compter de la date indiquée ci-contre pour présenter cette autorisation à un fournisseur. De plus, son carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) doit être valide.

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

\_\_\_\_\_  
Agent responsable de l'autorisation

**Réservé au Ministère**

Transaction	Faite	Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille		Numéro d'assurance maladie du membre de la famille	
<b>A</b>	<b>S</b>	<b>P</b>	<b>D</b>		
<b>Type</b>	<b>Codes de besoin</b>	<b>Supérieure</b>		<b>Inférieure</b>	
A – Annulation R – Remplacement E – Émission		Confection, aménagement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confection, aménagement, bris ou perte	Chirurgie buccale
		51100	51101	51110	51111
<b>NUMÉRO D'AUTORISATION</b>		<b>Prothèse complète</b>		<b>Prothèse partielle</b>	
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS		52240	52241	52250	52251
		<b>Regarnissage</b>			
		56100	—	56101	—

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (10-2012)

**ANNEXE IV :**  
*Verso du formulaire***Conditions de paiement**

L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale est sujette aux conditions suivantes :

1. – L'achat, le regarnissage et le remplacement de prothèse dentaires nécessitent une présence de 24 mois consécutifs à l'aide;
  - le remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle par maxillaire est autorisé par période de huit ans, à compter du moment où elle est mise en bouche\*;
  - le coût du regarnissage n'est autorisé que s'il s'est écoulé au moins trois mois depuis l'obtention d'une prothèse dentaire et pas plus d'une fois tous les cinq ans\*.

**\* LE DÉLAI DE CINQ OU DE HUIT ANS EST CALCULÉ À PARTIR DU DERNIER SERVICE RENDU DE MÊME TYPE.**

**2. Tarifs des prothèses dentaires acryliques**

- Les tarifs sont ceux prévus à l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

**Notes – Le dentiste ou le denturologiste ne doit pas exiger de supplément aux tarifs indiqués pour les services fournis.**

- Ces tarifs comprennent trois visites de contrôle lorsqu'elles sont nécessaires.

3. Le dentiste ou le denturologiste doit s'assurer que le remplacement d'une prothèse résultant d'un bris irréparable est justifié.
4. Le denturologiste qui fournit une prothèse doit être signataire d'une entente individuelle avec la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les services dentaires fournis en vertu du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles.
5. La demande de paiement présentée à la Régie de l'assurance maladie du Québec doit être remplie conformément aux exigences de cette dernière.

### ANNEXE V : NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

- le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement;
- les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement;
- le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement (exemple : 1 = Clinique externe).

II Système de codifications des établissements :

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

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

#### B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

• Centres hospitaliers :	0XXX9	Hors province
• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
# • Agences de la santé et des services sociaux :	94XX9	ASSS
• Cliniques privées :	51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire

ANNEXE VI :  
NUMÉROTATION DES DENTS

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

**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.

ANNEXE VII :  
# LISTE DES CLINIQUES PRIVÉES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

<b>Code d'établissement</b>	<b>Clinique</b>
<b>51332</b>	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal QC H3P 2V9
<b>51302</b>	Clinique d'anesthésie dentaire de Montréal 6863, des Angevins Anjou QC H1K 3R4
<b>51402</b>	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon, bureau 200 Saint-Léonard QC H1S 1N1

## # ANNEXE VIII :

*LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN ANNUEL DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES*

<b>Établissement</b>	<b>Numéro d'établissement</b>
Hôpital Notre-Dame du CHUM	0020X
Hôpital général de Montréal	0018X
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	0011X
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0015X
Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)	0204X
CHU de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont	0116X
Hôpital de Chicoutimi	0247X
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie	0183X
Hôpital de Gatineau	0769X
Hôpital régional de Rimouski	0334X
Hôpital Charles-LeMoyne	0095X
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	0044X
Hôpital de Montréal pour enfants	0017X
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	0034X



## 4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

### DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (*formulaire n° 1216*)

#### 4.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes admissibles au paiement d'honoraires fixes le formulaire *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (n° 1216).

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

- # Remplir les formulaires en lettres détachées.

**Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.**

Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 1<sup>er</sup> novembre 20AA s'écrit AA.11.01.

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1216)

0000

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Règle de l'assurance maladie  
**Québec**

PROFESSIONNEL  
PRENOM (1) NOM NO DU PROFESSIONNEL C.S. (9) NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS (11)

ÉTABLISSEMENT  
NOM (2) NUMÉRO

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT DIMANCHE LE (3) SE TERMINANT SAMEDI LE (3)

QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS		
	NUT	AM	PM	SOR									REF.	CODE	DURÉE (JOURS)
					1				2				40		
					3				4				41		
					5				6				42		
(4)					7		(5)		8				43		(6)
					9				10				44		
					11				12				45		
					13				14				46		
					15				16				47		
					17				18				48		
					19				20				49		
					21				22				50		
					23				24				51		
					25				26				52		
					27				28				53		
					29				30				54		

HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES: (8)

(7) TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS

REMISE (CODE #)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE
-----------------	----	-----------	--------	----	-----------	--------	----	-----------	--------	----	-----------	--------	----	-----------	--------	----------------------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (10)

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE  
80 DATE DE DÉBUT ANNÉES MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉES MOIS JOUR (12) CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS) MARQUE DE LA REPRÉSENTATION

JURÉ OU TÉMOIN  
MONTANT (13) \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE  
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR (15)

ASSURANCE-INVALIDITÉ  
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RMQ, par la CSST, par la CARPA, par la SAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. (14) \$ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT  
LA PERSONNE QUI S'IGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. (16) ANNÉE MOIS JOUR  
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

1216 292 02/05 EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL

SPÉCIMEN

#### 4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

**Remarque :** La codification administrative présentée ci-dessous ne modifie en rien l'Entente, mais est un moyen de permettre au dentiste de facturer les services **déjà prévus** par celle-ci.

##### Services dentaires en centre (établissement)

- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002092** Autres services (à préciser par le dentiste)
- 002098** Services de santé durant le délai de carence

##### Santé publique

- 005032** Rencontres multidisciplinaires
- 005037** Planification programmation - évaluation
- 005038** Coordination
- 005047** Exécution
- 005098** Services de santé durant le délai de carence

##### Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord

- 017030** Services cliniques
- 017032** Rencontres multidisciplinaires
- 017092** Temps de déplacement et d'installation, selon le paragraphe 3.03 ainsi que les autres services (à préciser par le dentiste)
- 017098** Services de santé durant le délai de carence

#### 4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE

##### CONGÉS PARENTAUX

avec rémunération

- 01** Maternité - Congé rémunéré (paragraphe 1.01)
- 10** Congé spécial, moins de 5 jours - Complication de grossesse (paragraphe 1.20a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20b)
- 71** Congé spécial, 5 jours et plus - Complication de grossesse (paragraphe 1.20a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20b)
- 21** Congé spécial - Visites reliées à la grossesse (paragraphe 1.20c)
- 22** Maternité - Retrait préventif CSST (non prévu à l'entente)
- 23** Paternité - Congé rémunéré (paragraphe 1.22)
- 25** Adoption - Congé 10 semaines (paragraphe 1.23)
- # **68** Adoption de l'enfant du conjoint - 2 jours précédant le code 69 (paragraphe 1.23 G)

sans rémunération

- 27** Maternité - Extension sans rémunération (paragraphe 1.05)
- 28** Congé de 5 jours pour adoption - 3 jours suivant le code 26 (paragraphe 1.23)
- 29** Maternité - Prolongation (paragraphe 1.21)
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (paragraphe 1.23)
- 31** Congé en vue d'une adoption - 10 semaines (paragraphe 1.23)
- 35** Paternité - prolongation (paragraphe 1.21)
- 36** Adoption - prolongation (paragraphe 1.21)
- 60** Congé parental (paragraphe 4.12)
- # **63** Paternité - congé sans rémunération (paragraphe 1.22 A)
- # **69** Adoption de l'enfant du conjoint - 3 jours précédant le code 68 (paragraphe 1.23 G)

**VACANCES**

- 02** Vacances annuelles (paragraphe 2.02)
- 32** Vacances anticipées (paragraphe 2.07)
- 34** Vacances reportées (paragraphe 2.14)

**CONGÉS FÉRIÉS**

- 40** Congé férié annuel (paragraphe 3.01)
- 41** Congé additionnel (paragraphe 3.01)
- 42** Congé férié en période d'invalidité (paragraphe 3.05)

**CONGÉS SPÉCIAUX**

avec rémunération

- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (paragraphe 4.01c)
- 08** Juré ou témoin (paragraphe 4.06)
- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (paragraphe 4.01a)
- 51** Décès des père, mère, frère, soeur, enfant (à l'exception de ceux prévus à 4.01a), beau-père, belle-mère, bru et gendre (paragraphe 4.01b)
- 52** Congé à traitement différé (paragraphe 10.03)

Sans rémunération

- 20** Congé après entente avec l'établissement (paragraphe 4.12)
- 54** Candidat et exercice d'une fonction publique (paragraphe 4.05)
- 55** Mariage (paragraphe 4.07)
- 56** Congé annuel sans rémunération (paragraphe 4.08)
- 57** Année sabbatique (paragraphe 4.10)
- 58** Cours de formation (paragraphe 4.11)
- 59** Congé syndical (paragraphe 5.05 de l'Entente, chapitre II)
- 61** Participation au comité de révision (paragraphe 1.12 et 1.24)

**PERFECTIONNEMENT**

- 09** Congé de perfectionnement (paragraphe 5.01)
- 11** Congé de perfectionnement reporté (paragraphe 5.02)
- 18** Congé de ressourcement anticipé (annexe VIII)
- 19** Congé de ressourcement (annexe VIII)

**RÉGIMES D'ASSURANCES**

Comité paritaire

- 70** Participation au comité paritaire (paragraphe 6.18)

Invalidité

- 10** Assurance invalidité, moins de 5 jours (paragraphe 8.02a i)
- 71** Assurance invalidité, 5 jours et plus (paragraphe 8.02a i)
- 72** Assurance invalidité en période de réadaptation (paragraphe 8.02a ii)

**4.6 SECTEURS DE DISPENSATION****S'applique dans tout centre, sauf en CLSC**

- 01** clinique externe
- 02** moyen séjour
- 03** courte durée (section générale)
- 04** longue durée
- 05** unité de soins intensifs
- 06** unité de soins coronariens
- 07** clinique d'urgence
- 08** département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09** hôpital de jour
- 10** hôpital à domicile
- 11** laboratoire

## # 4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

JOURS FÉRIÉS	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Journée nationale des Patriotes	20 mai 2013	19 mai 2014	18 mai 2015
Fête nationale du Québec	24 juin 2013	24 juin 2014	24 juin 2015
Fête du Canada	1 <sup>er</sup> juillet 2013	1 <sup>er</sup> juillet 2014	1 <sup>er</sup> juillet 2015
Fête du Travail	2 sept. 2013	1 <sup>er</sup> sept. 2014	7 sept. 2015
Action de grâces	14 oct. 2013	13 oct. 2014	12 oct. 2015
Veille de Noël	24 déc. 2013	24 déc. 2014	24 déc. 2015
Fête de Noël	25 déc. 2013	25 déc. 2014	25 déc. 2015
Lendemain de Noël	26 déc. 2013	26 déc. 2014	28 déc. 2015
Veille du jour de l'An	31 déc. 2013	31 déc. 2014	31 déc. 2015
Jour de l'An	1 <sup>er</sup> janvier 2014	1 <sup>er</sup> janvier 2015	1 <sup>er</sup> janvier 2016
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2014	2 janvier 2015	4 janvier 2016
Vendredi saint	18 avril 2014	3 avril 2015	25 mars 2016
Lundi de Pâques	21 avril 2014	6 avril 2015	28 mars 2016

Ce tableau est publié à titre de référence pour le dentiste. Il est utilisé à la Régie pour déterminer les droits du dentiste au début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tel un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (art. 4.13, annexe V de l'Entente).

De plus, ce tableau est utilisé pour l'application du paragraphe 3.04 de l'annexe V de l'Entente.

Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans le tableau qui précède, vous devrez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement devront alors faire parvenir à la Régie, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration.

# Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont disponibles sur le site Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Calendriers](#) de l'onglet *Facturation*.

## 5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

### DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire n° 1215*)

#### 5.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes admissibles au paiement à **tarif horaire** le formulaire *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (n° 1215).

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

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

- # Remplir les formulaires en lettres détachées.

**Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.**

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 1<sup>er</sup> novembre 20AA s'écrit AA.11.01.

5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1215)

**0000** **DEMANDE DE PAIEMENT** **Régie de l'assurance maladie Québec**  
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

PROFESSIONNEL  
 PRÉNOM (1) NOM NO DU PROFESSIONNEL NO DU GROUPE C.S. (7) NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES (9)

ÉTABLISSEMENT  
 NOM (2) NUMÉRO PÉRIODE  
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT DIMANCHE LE SE TERMINANT SAMEDI LE  
 ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR (3)

QUANTI- TIÈME	ACTIVITÉS		REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAQUE HORAIRE COCHER NON OUI												
			1				2				3			
			4				5				6			
			7				8				9			
			10				11				12			
(4)			13	(5)			14				15			
			16				17				18			
			19				20				21			
			22				23				24			
			25				26				27			
			28				29				30			
			31				32				33			
			34				35				36			
			37				38				39			
			40				41				42			
			43				44				45			

TOTAL  
DES HEURES  
TRAVAILLÉES (6)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (8)

FRAIS DE DÉPLACEMENT  
 (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL (ÉTABLISSEMENT)) (LIEU D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)) DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE MONTANT RÉCLAMÉ  
 (10) KM

HEURES DE DÉPLACEMENT  
 NOMBRE (11)

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT  
 LA PERSONNE QUI S'IGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.  
 (12) DATE ANNÉE MOIS JOUR  
 SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

1215 292 08/05

EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL



## 7. PAIEMENT À L'ACTE

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

### 7.1 MODE DE PAIEMENT

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

### 7.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

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

### 7.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

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

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

Le *Rapport d'erreurs* est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

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

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

Sur les états de compte, les erreurs de type « forme et contenu » paraissent avec le code de message explicatif 907 (voir section 7.9).

7.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.  
 Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec						ÉTAT DE COMPTE			
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4						DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						20AA-06-30 (T)		001	
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-06-20 (P)		OR-28	DE 002
①	UNTEL ROBERT		②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
DOCTEUR ROBERT UNTEL 143, RUE FICTIVE QUÉBEC QUÉBEC G1N 5C9 ⑨		Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ....1 800 463-4776							
SOMMAIRE									
MESSAGES GÉNÉRAUX									
PAIEMENTS ET RETENUES									
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)									
SPÉCIMEN									
OR341 - 4702 082007						VOIR AU VERSO			

### 7.4.1 Description

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

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

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

#### Sommaire

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

##### Messages généraux

##### Paiements et retenues

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

##### Déductions cumulatives (cotisation ACDQ)

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec														ÉTAT DE COMPTE																				
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4														DEMANDES DE PAIEMENT RÉQUIES JUSQU'AU			N° DU PAIEMENT			PAGE														
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE														20AA-06-30 (T)			002																	
NOM UNTEL ROBERT														N° DU PROFESSIONNEL 0-00000-0			N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT 0000			N° DU CHEQUE OU VIREMENT 00000000 C			DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-07-11			20AA-06-20 (P)			OR-28			DE 002		
N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRÉ. EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRÉ. EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRÉ. EXPL.	MONTANT PAYÉ																	
(1a)	(2a)	(3a)	(4a)	(5a)	(6a)	DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																												
<b>SPÉCIMEN</b>																																		
REMARQUE: RESUME TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRES SON ENVOI À LA REGIE																																		
FIN DU RELEVÉ																																		

OR341-4702 090207

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

- 1a. NO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- 2a. DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom.
- 5a. CODE : Numéro référant à la nature de la transaction (TRA) ou à un message explicatif approprié (EXPL) (voir 7.9).
- 6a. MONTANT PAYÉ : Montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

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

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

**7.4.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

**7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**7.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement**

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

### 7.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 7.7) et d'un code de message explicatif approprié (voir 7.9).

Le dentiste qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision** (voir 7.5.4b).

### 7.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 7.9). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

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

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

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

Attention de bien inscrire la **date du service rendu** et non pas la date du jour où vous effectuez votre refacturation. Si vous éprouvez des difficultés à ce sujet avec votre logiciel de facturation, veuillez contacter votre développeur de logiciel.

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

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir 7.7) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

### 7.5.5 Demande de révision

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

- # Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) (voir onglet *Manuels et formulaires*) et expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire. Le formulaire est disponible sur le site Web de la Régie à la section [Formulaires](#).

**Remarque** : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de l'autorisation** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de **prothèse(s) dentaire(s) acrylique(s)**. Veuillez également annexer les documents explicatifs pouvant être exigés (radiographie originale, une copie du dossier dentaire du patient et une copie carnet de réclamation).

# 7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014)



**PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT**  
 SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE  
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

**2014**

**JANVIER** \*21

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

**FÉVRIER** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
(7)	34	●	36	37	38	39
(8)	41	42	43	44	45	46
(9)	48	●	50	51	52	53
(10)	55	56	57	58	▼	
	23	24	25	26	27	28

**MARS** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
(11)	62	●	64	65	66	67
(12)	69	70	71	72	73	74
(13)	76	●	78	79	80	81
(14)	23	24	25	26	27	28
(15)	83	84	85	86	▼	88
	30	31	25	26	27	28

**AVRIL** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			1	2	3	4
(16)	97	98	99	100	▼	102
(17)	104	●	106	107	108	109
(18)	111	112	113	114	115	116
(19)	118	●	120			
	27	28	29	30		

**MAI** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				121	122	123
(20)	125	126	127	128	▼	130
(21)	132	●	134	135	136	137
(22)	139	140	141	142	143	144
(23)	148	●	148	149	150	151
	25	26	27	28	29	30

**JUIN** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	▼	158
(25)	160	●	162	163	164	165
(26)	167	168	169	170	171	172
(27)	174	●	176	177	178	179
(28)	181					
	29	30				

**JUILLET** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			1	2	3	4
(29)	188	●	190	191	192	193
(30)	195	196	197	198	▼	200
(31)	202	●	204	205	206	207
(32)	209	210	211	212		
	27	28	29	30	31	

**AOÛT** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					▼	214
(33)	216	●	218	219	220	221
(34)	223	224	225	226	▼	228
(35)	230	●	232	233	234	235
(36)	237	238	239	240	▼	242
	24	25	26	27	28	29

**SEPTEMBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	●	246	247	248	249
(38)	251	252	253	254	▼	256
(39)	258	●	260	261	262	263
(40)	265	266	267	268	▼	270
(41)	272	●				
	28	29	30			

**OCTOBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	277
(42)	279	280	281	282	▼	284
(43)	286	●	288	289	290	291
(44)	293	294	295	296	▼	298
(45)	300	●	302	303	304	
	26	27	28	29	30	31

**NOVEMBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
(46)	307	308	309	310	▼	312
(47)	314	●	316	317	318	319
(48)	321	322	323	324	▼	326
(49)	328	●	330	331	332	333
	30	24	25	26	27	28

**DÉCEMBRE** \*19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	▼	340
(51)	342	●	344	345	346	347
(52)	349	350	351	352	▼	354
(53)	356	●	358	359	360	361
(2)	363	364	365			
	28	29	30	31		

7085 292 1403

( ) - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2015

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

FÉVRIER '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	8	9	10	11	12	13
(8)	14	15	16	17	18	19
(9)	20	21	22	23	24	25
(10)	26	27	28	29	30	

MARS '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	12	13	14	15	16	17
(12)	18	19	20	21	22	23
(13)	24	25	26	27	28	29
(14)	30	31				

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

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

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

JUILLET '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			1	2	3	4
(29)	5	6	7	8	9	10
(30)	11	12	13	14	15	16
(31)	17	18	19	20	21	22
(32)	23	24	25	26	27	28
(33)	29	30	31			

AOÛT '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						1
(33)	2	3	4	5	6	7
(34)	8	9	10	11	12	13
(35)	14	15	16	17	18	19
(36)	20	21	22	23	24	25
(37)	26	27	28	29	30	31

SEPTEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)			1	2	3	4
(38)	5	6	7	8	9	10
(39)	11	12	13	14	15	16
(40)	17	18	19	20	21	22
(41)	23	24	25	26	27	28
(42)	29	30				

OCTOBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				1	2	3
(42)	4	5	6	7	8	9
(43)	10	11	12	13	14	15
(44)	16	17	18	19	20	21
(45)	22	23	24	25	26	27
(46)	28	29	30	31		

NOVEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)				1	2	3
(47)	4	5	6	7	8	9
(48)	10	11	12	13	14	15
(49)	16	17	18	19	20	21
(50)	22	23	24	25	26	27
(51)	28	29	30			

DÉCEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)				1	2	3
(51)	4	5	6	7	8	9
(52)	10	11	12	13	14	15
(53)	16	17	18	19	20	21
(54)	22	23	24	25	26	27
(55)	28	29	30	31		

7085 282 13309

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT



- 374 En raison de leur nature respectives, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375 En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380 Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384 L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.
- 389 Acte soumis à l'application du modificateur 041 (réf. : Règle d'application 1.4).
- 390 Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 6.6).
- 392 Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 6.2; règle d'application 6.3 depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003).
- 395 Acte soumis à l'application du modificateur 043 (réf. : Règle d'application 3.6).
- 396 Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 6.27).
- 397 Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 6.7).
- 398 Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 6.6).
- 399 Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 6.4).
- 401 Acte payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404 Acte non assuré pour cette personne assurée.
- 406 Acte assuré pour un prestataire d'un programme d'aide financière de dernier recours seulement.
- 407 Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408 Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409 Cet acte est incompatible avec le numéro de dent et/ou avec l'âge de la personne assurée.
- 412 Honoraires rectifiés pour correspondre au maximum prévu à la règle d'application 4.5.1.
- 413 En fonction de la nature ou du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 414 Ce code d'acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415 L'acte ou les actes pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- 418 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande d'honoraires de la part du chirurgien principal.
- 420 Selon sa nature ou son libellé, cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 423 L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 6.20).
- # 427 Aucun ajustement d'honoraires ne doit être fait lors de la facturation. Le tarif à facturer est celui en vigueur à la date où les services sont rendus. La Régie ajustera les honoraires auxquels vous avez droit selon la règle d'application 4.5.1. **Veillez soumettre une nouvelle demande de paiement plutôt qu'une demande de révision.**

- # 431 Le prestataire est un revendicateur du statut de réfugié dont le carnet de réclamation porte la mention « Document de CIC requis » (CIC : Citoyenneté et Immigration Canada). La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services.
- 433 Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- # 434 Vous devez joindre les pièces justificatives demandées conformément à l'avis concernant le code d'acte facturé.
- 435 Le code d'acte est non payable en raison du dépassement du maximum permis à la règle d'application 1.4 ou 1.10.
- 437 Conformément à la règle d'application 4.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 438 Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439 Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440 Selon sa nature, son libellé ou sa règle d'application, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 441 Selon le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, cet acte ne peut être payé s'il n'est pas suivi d'un des services énumérés à l'article 36.1 (réf. : Section 2.2, sous l'onglet *Personnes assurées*).
- 446 Acte incompatible avec celui indiqué (réf. : Règle d'application 5.4).
- 447 Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 5.4).
- 449 Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.8.1).
- 451 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.24).
- 452 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.25).
- 453 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.26).
- 454 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.9).
- 455 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.10).
- 456 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.17).
- 457 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.19).
- 458 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.11).
- 459 Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 2.6).

## 8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le dentiste doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.**

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux dentistes rémunérés **à honoraires fixes.**

### 8.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de virement bancaire (*dépôt direct*) à l'ordre du dentiste traitant.

- # Le virement (*dépôt*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 8.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

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

### 8.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

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

#### 8.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

8.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.  
 Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT RÉÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					20AA-07-07 (T)	001	
NOM					20AA-07-04 (P)	OR-29	002
UNTEL ROBERT		N° DU PROFESSIONNEL 0-00000-0	N° DU COMPTE OU DE SÉPARÉMENT 00000	N° DU CHEQUE OU VIREMENT 00000000 V	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-07-18		
1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 200, RUE FICTIVE QUÉBEC QUÉBEC G1V 7T3		Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ....1 800 463-4776					
9		SOMMAIRE					
MESSAGES GÉNÉRAUX							
PAIEMENTS ET RETENUES							
SPÉCIMEN							
DESCRIPTION DES GAINS HONORAIRES FIXES ET SALARIAT							
DÉDUCTIONS CUMULATIVES							
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)							
OR341 - 4702 092007							VOIR AU VERSO

**8.4.1 Description**

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

**8.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et Sommaire)**

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

**Sommaire**

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

**Messages généraux****Paielements et retenues**

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

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

**Déductions cumulatives** (Cotisation ACDQ)

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE												
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4										LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DOMAINES DE PAIEMENT RÉÇUS JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE			
NOM <b>UNTEL ROBERT</b>										N° DU PROFESSIONNEL <b>0-00000-0</b>		N° DU COMPTE OU DE L'ÉVALUÉMENT <b>00000</b>		N° DU CHEQUE OU VIREMENT <b>00000000 V</b>		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE <b>200AA-07-18</b>		<b>20AA-07-07 (T)</b>		<b>OR-29</b>		<b>002</b> T <sup>me</sup> <b>002</b>
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			REVISION												
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE											
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a				9a	10a										
<b>DÉTAIL DU PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT</b>																						
SPÉCIMEN																						
REMARQUE:													RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE									
													FIN DU RELEVÉ									

OR341 - 4702 092007 VOIR AU VERSO

**8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 10a)**

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. Lorsque la Régie effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. CODE TRA. : Numéros référant au code de la transaction (TRA).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. BASE DE CALCUL : Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement. Pour une demande de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de l'état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

**8.4.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

**8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement**

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

### 8.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification des honoraires figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **8.6**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **8.8**).

Le dentiste qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision** (voir **8.5.4b**).

### 8.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (voir **8.6**) et du code de message explicatif approprié (voir **8.8**); le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

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

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

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir **8.6**) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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

# Pour toute demande de révision utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) (voir onglet *Manuels et formulaires*).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.



# 8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2014

**JANVIER** \*21

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

**FÉVRIER** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						1
(7)	34	35	36	37	▼	39
2	3	4	5	6	7	8
(8)	41	●	43	44	45	46
9	10	11	12	13	14	15
(9)	48	49	50	51	▼	53
16	17	18	19	20	21	22
(10)	55	●	57	58	59	
23	24	25	26	27	28	

**MARS** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
(11)	62	63	64	65	▼	67
2	3	4	5	6	7	8
(12)	69	●	71	72	73	74
9	10	11	12	13	14	15
(13)	76	77	78	79	▼	81
16	17	18	19	20	21	22
(14)	83	●	85	86	87	88
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**AVRIL** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		1	2	3	4	5
(16)	97	●	99	100	101	102
6	7	8	9	10	11	12
(17)	104	105	106	107	▼	108
13	14	15	16	17	18	19
(18)	111	●	113	114	115	116
20	21	22	23	24	25	26
(19)	118	119	120			
27	28	29	30			

**MAI** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20)				1	2	3
(20)	125	●	127	128	129	130
4	5	6	7	8	9	10
(21)	132	133	134	135	▼	137
11	12	13	14	15	16	17
(22)	139	●	141	142	143	144
18	19	20	21	22	23	24
(23)	146	147	148	149	▼	151
25	26	27	28	29	30	31

**JUIN** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)						123
(24)	153	●	155	156	157	158
1	2	3	4	5	6	7
(25)	160	161	162	163	▼	165
8	9	10	11	12	13	14
(26)	167	●	169	170	171	172
15	16	17	18	19	20	21
(27)	174	175	176	177	▼	179
22	23	24	25	26	27	28
(28)	181					
29	30					

**JUILLET** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			183	184	185	186
(29)	188	189	190	191	▼	193
6	7	8	9	10	11	12
(30)	195	●	197	198	199	200
13	14	15	16	17	18	19
(31)	202	203	204	205	▼	207
20	21	22	23	24	25	26
(32)	209	●	211	212		
27	28	29	30	31		

**AOÛT** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						214
(33)	216	217	218	219	▼	221
3	4	5	6	7	8	9
(34)	223	●	225	226	227	228
10	11	12	13	14	15	16
(35)	230	231	232	233	▼	235
17	18	19	20	21	22	23
(36)	237	●	239	240	241	242
24	25	26	27	28	29	30
(37)	249					
31						

**SEPTEMBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	245	246	247	▼	249
1	2	3	4	5	6	
(38)	251	●	253	254	255	256
7	8	9	10	11	12	13
(39)	258	259	260	261	▼	263
14	15	16	17	18	19	20
(40)	265	●	267	268	269	270
21	22	23	24	25	26	27
(41)	272	273				
28	29	30				

**OCTOBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			1	2	3	4
(42)	279	●	281	282	283	284
5	6	7	8	9	10	11
(43)	286	287	288	289	▼	291
12	13	14	15	16	17	18
(44)	293	●	295	296	297	298
19	20	21	22	23	24	25
(45)	300	301	302	303	▼	305
26	27	28	29	30	31	

**NOVEMBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)						305
(46)	307	●	309	310	311	312
2	3	4	5	6	7	8
(47)	314	315	316	317	▼	319
9	10	11	12	13	14	15
(48)	321	●	323	324	325	326
16	17	18	19	20	21	22
(49)	328	329	330	331	▼	333
23	24	25	26	27	28	29

**DÉCEMBRE** \*19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)						340
(51)	342	343	344	345	▼	347
7	8	9	10	11	12	13
(52)	349	●	351	352	353	354
14	15	16	17	18	19	20
(53)	356	357	358	359	▼	361
21	22	23	24	25	26	27
(2)	363	●	365			
28	29	30	31			

7096 202 1460

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2015

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

AVRIL '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			1	2	3	4
			1	2	3	4
(16)	96	97	98	99	100	101
5	6	7	8	9	10	11
(17)	103	104	105	106	107	108
12	13	14	15	16	17	18
(18)	110	111	112	113	114	115
19	20	21	22	23	24	25
(19)	117	118	119	120		
26	27	28	29	30		

JUILLET '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			1	2	3	4
			1	2	3	4
(29)	187	188	189	190	191	192
5	6	7	8	9	10	11
(30)	194	195	196	197	198	199
12	13	14	15	16	17	18
(31)	201	202	203	204	205	206
19	20	21	22	23	24	25
(32)	208	209	210	211	212	
26	27	28	29	30	31	

OCTOBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				1	2	3
				1	2	3
(42)	278	279	280	281	282	283
4	5	6	7	8	9	10
(43)	285	286	287	288	289	290
11	12	13	14	15	16	17
(44)	292	293	294	295	296	297
18	19	20	21	22	23	24
(45)	299	300	301	302	303	304
25	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	34	35	36	37	38
	1	2	3	4	5	6
(8)	40	41	42	43	44	45
8	9	10	11	12	13	14
(9)	47	48	49	50	51	52
15	16	17	18	19	20	21
(10)	54	55	56	57	58	59
22	23	24	25	26	27	28

MAI '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				1	2	
				1	2	
(20)	124	125	126	127	128	129
3	4	5	6	7	8	9
(21)	131	132	133	134	135	136
10	11	12	13	14	15	16
(22)	138	139	140	141	142	143
17	18	19	20	21	22	23
(23)	145	146	147	148	149	150
24	25	26	27	28	29	30

AOÛT '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						1
						1
(33)	215	216	217	218	219	220
2	3	4	5	6	7	8
(34)	222	223	224	225	226	227
9	10	11	12	13	14	15
(35)	229	230	231	232	233	234
16	17	18	19	20	21	22
(36)	239	240	241			
23	24	25	26	27	28	29

NOVEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	308	309	310	311		
	1	2	3	4	5	6
(47)	313	314	315	316	317	318
8	9	10	11	12	13	14
(48)	320	321	322	323	324	325
15	16	17	18	19	20	21
(49)	327	328	329	330	331	332
22	23	24	25	26	27	28
(50)	334					
29	30					

MARS '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	62	63	64	65	66
	1	2	3	4	5	6
(12)	68	69	70	71	72	73
8	9	10	11	12	13	14
(13)	75	76	77	78	79	80
15	16	17	18	19	20	21
(14)	82	83	84	85	86	87
22	23	24	25	26	27	28
(15)	89	90				
29	30	31				

JUIN '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	156	157
	1	2	3	4	5	6
(25)	159	160	161	162	163	164
7	8	9	10	11	12	13
(26)	166	167	168	169	170	171
14	15	16	17	18	19	20
(27)	173	174	175	176	177	178
21	22	23	24	25	26	27
(28)	180	181				
28	29	30				

SEPTEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)			1	2	3	4
			1	2	3	4
(38)	250	251	252	253	254	255
6	7	8	9	10	11	12
(39)	257	258	259	260	261	262
13	14	15	16	17	18	19
(40)	264	265	266	267	268	269
20	21	22	23	24	25	26
(41)	271	272	273			
27	28	29	30			

DÉCEMBRE '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(56)			1	2	3	4
			1	2	3	4
(57)	341	342	343	344	345	346
6	7	8	9	10	11	12
(58)	348	349	350	351	352	353
13	14	15	16	17	18	19
(59)	355	356	357	358	359	360
20	21	22	23	24	25	26
(60)	362	363	364	365		
27	28	29	30	31		

7096 262 12/09

( ) - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

## 9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le dentiste doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.**

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux dentistes rémunérés **à tarif horaire.**

### 9.1 MODE DE PAIEMENT

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

### 9.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

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

### 9.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

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

#### 9.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

9.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.  
 Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE			
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					20AA-06-30 (T)		001	
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CRÉDIT D'OUVRIEMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-06-20 (P)		OR-28	002
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-07-11				
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
UNTEL ROBERT 200, RUE FICTIVE QUÉBEC QUÉBEC G1V 7T3 ⑨				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ....1 800 463-4776				
SOMMAIRE								
MESSAGES GÉNÉRAUX								
PAIEMENTS ET RETENUES								
SPÉCIMEN								
DÉDUCTIONS CUMULATIVES								
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)								
OH341 - 4702 082007								VOIR AU VERSO

### 9.4.1 Description

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

#### 9.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et Sommaire)

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

### Sommaire

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

#### Messages généraux

##### Paiements et retenues

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

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

##### Déductions cumulatives (Cotisation ACDO)

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE							
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4										DEMANDES DE PAIEMENT REQUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE			
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										20AA-06-30 (T)		002		002			
UNTEL ROBERT										20AA-06-20 (P)		OR-28		OR-002			
NOM										N° DU PROFESSIONNEL		N° DU COMPTE OU DE CÉLÉBRATION		N° DU CHÉQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	
UNTEL ROBERT										0-00000-0		00000		00000000 C		20AA-07-11	
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. ERR.	MESSAGES			REVISION							
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE						
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a						
DÉTAIL DU PAIEMENT VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES																	
SPÉCIMEN																	
REMARQUE: RESSOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE																	
FIN DU RELEVÉ																	
OR341 - 4702 082007										VOIR AU VERSO							

**9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 10a)**

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement ou des demandes de remboursement des frais de déplacement par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement ou la demande de remboursement des frais de déplacement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. CODE TRA. : Numéros référant au code de la transaction (TRA).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. BASE DE CALCUL : Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de l'état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

**9.4.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir **7**). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

**9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

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

**Remarque :** Le montant payé correspond au nombre d'heures payées multiplié par le tarif en vigueur dans la localité où les services ont été rendus.

**9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé**

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

**9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement**

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

### 9.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification des honoraires figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 9.6) et d'un code de message explicatif approprié (voir 9.8).

Le dentiste qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision** (voir 9.5.4b).

### 9.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (voir 9.6) et du code de message explicatif approprié (voir 9.8); le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

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

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

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir 8.6) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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

# Pour toute demande de révision utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) (voir onglet *Manuels et formulaires*).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.



# 9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014)



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

2014

**JANVIER** \*21

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

**FÉVRIER** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
(7)	34	●	36	37	38	39
2	3	4	5	6	7	8
(8)	41	42	43	44	45	46
(9)	48	●	50	51	52	53
(10)	55	56	57	58	▼	
23	24	25	26	27	28	

**MARS** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
(11)	62	●	64	65	66	67
2	3	4	5	6	7	8
(12)	69	70	71	72	73	74
(13)	76	●	78	79	80	81
(14)	83	84	85	86	▼	88
30	31	25	26	27	28	29

**AVRIL** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		●	92	93	94	95
(16)	97	98	99	100	101	102
(17)	104	●	106	107	108	109
(18)	111	112	113	114	▼	116
(19)	118	●	120			
27	28	29	30			

**MAI** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				121	122	123
(20)	125	126	127	128	129	130
(21)	132	●	134	135	136	137
(22)	139	140	141	142	▼	144
(23)	146	●	148	149	150	151
25	26	27	28	29	30	31

**JUIN** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	▼	158
(25)	160	●	162	163	164	165
(26)	167	168	169	170	▼	172
(27)	174	●	176	177	178	179
(28)	181					
29	30					

**JUILLET** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
(29)	188	●	190	191	192	193
(30)	195	196	197	198	▼	200
(31)	202	●	204	205	206	207
(32)	209	210	211	212	▼	
27	28	29	30	31		

**AOÛT** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)				1	2	214
(33)	216	●	218	219	220	221
(34)	223	224	225	226	▼	228
(35)	230	●	232	233	234	235
(36)	237	238	239	240	▼	242
31	25	26	27	28	29	30

**SEPTEMBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	●	246	247	248	249
(38)	251	252	253	254	▼	256
(39)	258	●	260	261	262	263
(40)	265	266	267	268	▼	270
(41)	272	●				
28	29	30				

**OCTOBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	277
(42)	279	280	281	282	▼	284
(43)	286	●	288	289	290	291
(44)	293	294	295	296	▼	308
(45)	300	●	302	303	304	
26	27	28	29	30	31	

**NOVEMBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
(46)	307	308	309	310	▼	312
(47)	314	●	316	317	318	319
(48)	321	322	323	324	▼	326
(49)	328	●	330	331	332	333
23	24	25	26	27	28	29

**DÉCEMBRE** \*19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	▼	340
(51)	342	●	344	345	346	347
(52)	349	350	351	352	▼	354
(53)	356	●	358	359	360	361
(54)	363	364	365	▼		
28	29	30	31			

7096\_202\_14/03

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)



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

2015

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

AVRIL							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(15)			1	2	3	4	
(16)	96	97	98	99	100	101	
(17)	103	104	105	106	107	108	
(18)	110	111	112	113	114	115	
(19)	117	118	119	120	121	122	
	26	27	28	29	30		

JUILLET							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(28)			182	183	184	185	
(29)	187	188	189	190	191	192	
(30)	194	195	196	197	198	199	
(31)	201	202	203	204	205	206	
(32)	208	209	210	211	212	213	
	26	27	28	29	30	31	

OCTOBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(41)				1	2	3	
(42)	278	279	280	281	282	283	
(43)	285	286	287	288	289	290	
(44)	292	293	294	295	296	297	
(45)	299	300	301	302	303	304	
	25	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(7)	33	34	35	36	37	38	
(8)	40	41	42	43	44	45	
(9)	47	48	49	50	51	52	
(10)	54	55	56	57	58	59	
	22	23	24	25	26	27	28

MAI							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(19)				1	2		
(20)	124	125	126	127	128	129	
(21)	131	132	133	134	135	136	
(22)	138	139	140	141	142	143	
(23)	145	146	147	148	149	150	
	24	25	26	27	28	29	30

AOÛT							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(32)						1	213
(33)	215	216	217	218	219	220	
(34)	222	223	224	225	226	227	
(35)	229	230	231	232	233	234	
(36)	236	237	238	239	240	241	
	30	31	25	26	27	28	29

NOVEMBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(46)	306	307	308	309	310	311	
(47)	313	314	315	316	317	318	
(48)	320	321	322	323	324	325	
(49)	327	328	329	330	331	332	
	29	30	22	23	24	25	26

MARS							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(11)	61	62	63	64	65	66	
(12)	68	69	70	71	72	73	
(13)	75	76	77	78	79	80	
(14)	82	83	84	85	86	87	
(15)	89	90	91	92	93	94	
	29	30	31	24	25	26	27

JUIN							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(24)	152	153	154	155	156	157	
(25)	159	160	161	162	163	164	
(26)	166	167	168	169	170	171	
(27)	173	174	175	176	177	178	
(28)	180	181	182	183	184	185	
	28	29	30	23	24	25	26

SEPTEMBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(37)			245	246	247	248	
(38)	250	251	252	253	254	255	
(39)	257	258	259	260	261	262	
(40)	264	265	266	267	268	269	
(41)	271	272	273	274	275	276	
	27	28	29	30	23	24	25

DÉCEMBRE							*19
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(46)	335	336	337	338	339	340	
(47)	341	342	343	344	345	346	
(48)	348	349	350	351	352	353	
(49)	354	355	356	357	358	359	
(50)	362	363	364	365	366	367	
	27	28	29	30	31	24	25

7095 2007 13409

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

## 10. MESURES INCITATIVES

(Annexe VIII, de l'Entente)

### 10.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes admissibles aux mesures incitatives le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (n<sup>o</sup> 3336).

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n<sup>o</sup> 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sont ceux qui sont exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente, et qui sont nécessaires à l'appréciation de la demande de remboursement.

**Chaque type de mesures incitatives (ressourcement, prime d'éloignement, frais de déménagement, frais de sortie) doit faire l'objet d'une demande de remboursement séparée.**

Ne jamais écrire au verso de la demande de remboursement des mesures incitatives.

- # Remplir les formulaires en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, identification du professionnel, signature) entraînera l'annulation de la demande.

10.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT

(formulaire n° 3336)

<b>0000</b>		<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>							
<b>PROFESSIONNEL</b>									
NOM		①		PRÉNOM					
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT					
ENDROIT DE PRATIQUE	OU LOCALITÉ			CODE DE LOCALITÉ					
	ANNÉE		MOIS	JOUR					
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU	
QUANTIÈME	②		SPÉCIMEN					ANNÉE MOIS JOUR	
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)								AU	
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE	
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>									
PÉRIODE		ANNÉE		MOIS		JOUR		□ AVEC DÉPENDANTS □ SANS DÉPENDANTS	
DU	③		AU						MONTANT RÉCLAMÉ
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>									
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART			CODE DE LOCALITÉ				
ANNÉE	MOIS	JOUR							
④		LOCALITÉ D'ARRIVÉE			CODE DE LOCALITÉ				
							MONTANT RÉCLAMÉ		
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE		MOIS		JOUR	
		AU						MONTANT RÉCLAMÉ	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		ANNÉE		MOIS		JOUR	
								MONTANT DE L'ESTIMÉ(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)	
<b>SORTIE</b>									
PÉRIODE		ANNÉE		MOIS		JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE	
DU	⑤		AU						<b>N.B.:</b> Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires"
<b>DÉPLACEMENT</b>									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ	
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
⑥									
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie, 3- Déménagement,		1- Auto, 2- Avion, 3- Taxi, 4- Autres		<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>					
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>									
⑦									
<i>N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.</i>									
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>									
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE		DATE					
		⑧		ANNÉE MOIS JOUR					
Régie de l'assurance maladie Québec									
3336 292 0501 FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL									

**DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

Le formulaire est divisé en huit parties :

1. Professionnel
2. Ressourcement et perfectionnement
3. Prime d'éloignement
4. Déménagement
5. Sortie
6. Déplacement
7. Renseignements complémentaires
8. Signature du professionnel

**Remarque :** Les quatre premiers chiffres du numéro qui apparaît dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

# 10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
(Parties 1 à 3)

<b>0000</b>	<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>							
<b>PROFESSIONNEL</b>		NOM	PRENOM					
UNTEL		MARIE						
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DE L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT					
Centre de santé de l'Hématite		91292	ANNÉE MOIS JOUR					
<b>ENDROIT DE PRATIQUE</b> / <b>OU LOCALITÉ</b>	Ferment		69761					
			2   0   1   3   0   5   0   1					
<b>SPÉCIMEN</b>								
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>								
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	
QUANTIÈME	09	10	11	12	13			
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)							ANNÉE MOIS JOUR	
1							2   0   1   4   0   6   0   9	
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)	148	148	148	148	148		MONTRANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE	
							740   00	
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>								
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTRANT RÉCLAME	
DU	2	0	1	3	0	6	0   1	
AU	2	0	1	4	0	3	3   1	
				<input checked="" type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		
							6 435   00	
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT			LOCALITÉ DE DÉPART			CODE DE LOCALITÉ		
ANNÉE MOIS JOUR			LOCALITÉ D'ARRIVÉE			CODE DE LOCALITÉ		
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	
	DU	2	0	1	3	0	6	
	AU	2	0	1	4	0	3	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)	DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTRANT DE L'ESTIME(1)	MONTRANT DE L'ESTIME(2)		
<b>SORTIE</b>								
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE	
DU								
AU								
<b>N.B.: Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lieu des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires".</b>								
<b>DÉPLACEMENT</b>								
TYPE DE MESURE	DATE	MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTRANT RÉCLAMÉ		
ANNÉE MOIS JOUR								
1+ Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie 3- Déménagement							TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>								
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>								
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE	DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR
3336 292 05/01				FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL				Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>

**PARTIE 1****Professionnel** (à remplir obligatoirement)

L'identité du dentiste qui demande le remboursement de mesures incitatives comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille;
- PRÉNOM : prénom usuel;
- # - NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie à sept chiffres;
- ENDROIT DE PRATIQUE : le nom de l'établissement et le numéro d'établissement ou le nom de la localité et le code de localité selon la liste fournie par la Régie;
- DATE : date de début de pratique à cet endroit.

**PARTIE 2****Ressourcement et perfectionnement**

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement ou de perfectionnement.

**Remarque :** Le dentiste à honoraires fixes qui utilise au cours de sa première année d'exercice, le solde de ses jours de perfectionnement, et qui réclame l'allocation forfaitaire et des frais de déplacement, doit l'indiquer dans la partie 7. *Renseignements complémentaires.*

**- Quantième :**

Date représentée par un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

**- Période :**

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour.

**- Rémunération :**

Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le professionnel reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.

**- Allocation forfaitaire :**

Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'entente.

**- Montant réclamé :**

Somme des montants demandés à titre d'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de sept jours, utiliser un second formulaire et inscrire la référence à la demande de remboursement qui contenait les pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la partie 6.

**PARTIE 3****Prime d'éloignement**

Partie à remplir pour le premier versement de la prime. Par la suite, les autres montants de la prime seront versés automatiquement. Le paiement de la prime est effectué dans le mois qui suit la fin du trimestre.

- **Les trimestres** se répartissent comme suit :

1<sup>er</sup> : mai, juin, juillet;

2<sup>e</sup> : août, septembre, octobre;

3<sup>e</sup> : novembre, décembre, janvier;

4<sup>e</sup> : février, mars, avril.

- **Période :**

Elle couvre au moins dix mois consécutifs à partir de la date de début de pratique du professionnel dans le secteur.

- **Avec ou sans dépendants :**

Inscrire un « x » dans la case appropriée.

- **Montant réclamé :**

Montant correspondant à celui prévu à l'entente selon le secteur de pratique et la présence ou non de dépendants.



# 10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite  
(Parties 4 et 5)

<b>0000</b>		<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>																																					
<b>PROFESSIONNEL</b>				NOM				PRÉNOM				NO DU PROFESSIONNEL																											
ENDROIT DE PRATIQUE				NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				NO DE L'ÉTABLISSEMENT				DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT																											
OU LOCALITE				LOCALITE				CODE DE LOCALITE				ANNÉE MOIS JOUR																											
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>																																							
JOUR	01		02		03		04		05		06		07		PÉRIODE DU																								
QUANTIÈME															ANNÉE MOIS JOUR																								
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	AU																																						
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)															MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE																								
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>																																							
PÉRIODE				ANNÉE				MOIS				JOUR				ANNÉE				MOIS				JOUR				MONTANT RÉCLAMÉ											
DU				ANNÉE				MOIS				JOUR				AU				ANNÉE				MOIS				JOUR											
																<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS				<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS																			
<b>DÉMENAGEMENT</b>																																							
DATE DU DÉMENAGEMENT				LOCALITÉ DE DÉPART				CODE DE LOCALITÉ																															
ANNÉE MOIS JOUR				Montréal				66546																															
2, 0, 1, 3   0, 4   2, 5				LOCALITÉ D'ARRIVÉE				CODE DE LOCALITÉ				MONTANT RÉCLAMÉ																											
				Fermont				69761				5 000,00																											
FRAIS D'ENTREPOSAGE				PÉRIODE DU				ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR				MONTANT RÉCLAMÉ																							
				ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR																															
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant systématique)				DATE				ANNÉE MOIS JOUR				MONTANT DE L'ESTIME(1)				MONTANT DE L'ESTIME(2)																							
<b>SORTIE</b>																																							
PÉRIODE				ANNÉE				MOIS				JOUR				ANNÉE				MOIS				JOUR				NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE				<i>N.B.: Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires".</i>							
DU				ANNÉE				MOIS				JOUR				AU				ANNÉE				MOIS				JOUR											
				2, 0, 1, 3   0, 8   0, 6												2, 0, 1, 3   0, 8   0, 9												3											
<b>DÉPLACEMENT</b>																																							
TYPE DE MESURE		DATE		MOYEN DE TRANSPORT		NOMBRE DE KM (AUTO)		LOCALITÉ DE DÉPART				LOCALITÉ D'ARRIVÉE				MONTANT RÉCLAMÉ																							
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		1- Auto, 2- Avion, 3- Taxi, 4-Autres																																			
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie, 3- Déménagement.																																							
												<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>																											
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>																																							
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>																																							
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE				DATE				ANNÉE MOIS JOUR				Régie de l'assurance maladie Québec																							
																3336 292 05/01																							
												FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL																											

**PARTIE 4****Déménagement**

Cette partie comprend trois rubriques : frais de déménagement, frais d'entreposage et demande d'avance.

- **Date du déménagement**
- **Localité de départ** : Localité où le professionnel était domicilié.
- **Code de localité**
- **Localité d'arrivée** : Localité où le professionnel s'installe.
- **Code de localité**
- **Montant réclamé** : Montant demandé pour les frais de déménagement.
- **Frais d'entreposage** :
  - Période du** : Période pendant laquelle les biens du professionnel sont entreposés. Utiliser **une** demande de remboursement par tranche de 12 mois.

**Montant réclamé**

- **Demande d'avance** :
  - Date** : Date à laquelle la demande d'avance est effectuée.
  - Montant de l'estimé (1)** : Montant de la première évaluation des coûts de déménagement.
  - Montant de l'estimé (2)** : Montant de la deuxième évaluation des coûts de déménagement.

**Remarque** : Le montant de l'avance sera déduit du montant payé pour les frais de déménagement.

**PARTIE 5****Sortie**

Partie à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie.

La partie 6. *Déplacement* devra être également remplie.

- **Période** :
  - Dates du début et de la fin de la période couverte par la sortie.
- **Nombre de dépendants** :
  - Indiquer le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

**Remarque** : Inscrire les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué la sortie dans la partie 7. *Renseignements complémentaires*.

# 10.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite  
(Parties 6 à 8)

0000		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES											
<b>PROFESSIONNEL</b>		NOM		PRÉNOM									
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT									
ENDROIT DE PRATIQUE	OU LOCALITÉ	CODE DE LOCALITÉ		ANNÉE MOIS JOUR									
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>													
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	ANNÉE	PÉRIODE DU MOIS JOUR				
QUANTIÈME									AU				
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)		SPÉCIMEN											
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)									MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE				
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>										MONTANT RÉCLAMÉ			
PÉRIODE		DU		ANNÉE	MOIS	JOUR	OU	ANNÉE	MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS	<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>										MONTANT RÉCLAMÉ			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART				CODE DE LOCALITÉ							
ANNÉE	MOIS	JOUR	LOCALITÉ D'ARRIVÉE				CODE DE LOCALITÉ		MONTANT RÉCLAMÉ				
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE	MOIS	JOUR	OU	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT RÉCLAMÉ		
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT DE L'ESTIME(1)		MONTANT DE L'ESTIME(2)				
<b>SORTIE</b>										MONTANT RÉCLAMÉ			
PÉRIODE		DU		ANNÉE	MOIS	JOUR	OU	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE		
N.B.: Inscrivez les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans la section "Renseignements complémentaires".													
<b>DÉPLACEMENT</b>										MONTANT RÉCLAMÉ			
TYPÉ DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART		LOCALITÉ D'ARRIVÉE					
	ANNÉE	MOIS	JOUR										
2	2	0	1	3	0	8	0	6	1	1218	Fermont	Montréal	1 047,48
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie, 3- Déménagement, 4- Autres													
										TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		1 047,48	
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>													
UNTEL, Louis conjoint													
UNTEL, Jules 2005-03-07 fils													
N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.													
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>										DATE			
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.						SIGNATURE		Marie Untel		ANNÉE MOIS JOUR			
3336 292 0501 FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL													

Régie de l'assurance maladie  
Québec

**PARTIE 6****Déplacement**

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, une sortie ou un déménagement.

**- Type de mesure :**

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :

- 1 = ressourcement ou perfectionnement
- 2 = sortie
- 3 = déménagement

**Remarque :** Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de perfectionnement, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la partie 7. *Renseignements complémentaires* qu'il s'agit de perfectionnement.

**- Date :**

Date du déplacement (année/mois/jour)

**- Moyen de transport :**

Moyen de transport utilisé :

- 1 = auto
- 2 = avion
- 3 = taxi
- 4 = autres

**- Nombre de km (auto) :**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

**- Localité de départ/Localité d'arrivée****- Montant réclamé****- Total des frais de déplacement****PARTIE 7****Renseignements complémentaires**

- Inscrire dans cette partie, tous les renseignements utiles pour le règlement de la demande de remboursement ainsi que les renseignements relatifs aux dépendants qui ont effectué la sortie, le cas échéant.

- Inscrire également si les montants d'allocation forfaitaire et les frais de déplacement sont réclamés en relation avec des congés de perfectionnement.

Labrecque . . . . .	69459	Les Escoumins . . . . .	69738
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle) . . . . .	64397	Les Îles-de-la-Madeleine . . . . .	60103
Lac-à-la-Croix (La Mitis) . . . . .	60593	Les Méchins . . . . .	60603
Lac-Alfred (La Matapédia) . . . . .	60594	Listuguj (Restigouche) . . . . .	60482
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord) . . . . .	69797	Longue-Pointe . . . . .	69705
Lac-au-Saumon . . . . .	60512	Lorrainville . . . . .	68316
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle) . . . . .	64797	Macamic . . . . .	68451
Lac-Boisbouscache (Les Basques) . . . . .	60798	Malartic . . . . .	68405
Lac-Casault (La Matapédia) . . . . .	60591	Maliotenam (Réserve indienne) . . . . .	69786
Lac-Chicobi (Abitibi) . . . . .	68488	Maria . . . . .	60429
Lac-de-la-Bidière (Berthier) . . . . .	64993	Marsoui . . . . .	60311
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine Labelle) . . . . .	65892	Matagami et Joutel . . . . .	69811
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle) . . . . .	64795	Matane . . . . .	60608
Lac-des-Aigles . . . . .	60714	Matapédia . . . . .	60448
Lac-des-Cinq (Centre-de- la-Mauricie) . . . . .	63299	Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or) . . . . .	68492
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis) . . . . .	60793	Matimekosh - Lac-John (Réserve indienne) . . . . .	69882
Lac-Despinassy (Abitibi) . . . . .	68495	Métis-sur-Mer . . . . .	60629
Lac-Douaire (Montcalm) . . . . .	66196	Mingan (Réserve indienne) . . . . .	69784
Lac-du-Cerf . . . . .	67611	Mistissini . . . . .	69825
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest) . . . . .	68499	Moffet . . . . .	68321
Lac-Ernest (Antoine-Labelle) . . . . .	67693	Mont-Albert (Denis-Riverin) . . . . .	60399
Lac-Granet (Témiscamingue) . . . . .	68390	Mont-Alexandre (Pabok) . . . . .	60298
Lac-Huron (Rimouski-Neigette) . . . . .	60795	Mont-Carmel . . . . .	61006
Lac-Jérôme (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent) . . . . .	69793	Mont-Joli . . . . .	60721
Lac-Juillet (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69891	Mont-Laurier . . . . .	67640
Lac-Masketsi (Mékinac) . . . . .	63292	Mont-Lebel . . . . .	60728
Lac-Matapédia . . . . .	60597	Mont-Saint-Michel . . . . .	67649
Lac-Nigaut (Pontiac) . . . . .	68091	Mont-Saint-Pierre . . . . .	60306
Lac-Nomingue . . . . .	67620	Murdochville . . . . .	60301
Lac-Normand (Mékinac) . . . . .	63298	Natashquan . . . . .	69702
Lac-Oscar (Antoine-Labelle) . . . . .	65893	Nédelec . . . . .	68329
Lac-Pythonga (La Vallée-de- la-Gatineau) . . . . .	68090	Némiscau (Nemaska) . . . . .	69830
Lac-Saguay . . . . .	67631	New Carlisle . . . . .	60418
Lac-Saint-Paul . . . . .	67648	New Richmond . . . . .	60426
Lac-Simon (Réserve indienne) . . . . .	68481	Normétal . . . . .	68474
Lac-Vacher (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69892	Notre-Dame-de-Pontmain . . . . .	67612
Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle) . . . . .	64398	Notre-Dame-des-Neiges-des- Trois-Pistoles . . . . .	60819
Lac-Walker (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69795	Notre-Dame-des-Sept-Douleurs . . . . .	60838
Laforce . . . . .	68312	Notre-Dame-du-Laus . . . . .	67602
Landrienne . . . . .	68419	Notre-Dame-du-Nord . . . . .	68326
Laniel et les Lacs du- Témiscamingue . . . . .	68393	Notre-Dame-du-Portage . . . . .	60836
Latulipe-et-Gaboury . . . . .	68309	Nouvelle . . . . .	60438
Launay . . . . .	68434	Obedjiwan (Le Haut- Saint-Maurice) . . . . .	68491
Laverlochère . . . . .	68318	Obedjiwan (Réserve indienne) . . . . .	68482
Le Bic . . . . .	60750	Packington . . . . .	60902
Lebel-sur-Quévillon . . . . .	69809	Padoue . . . . .	60541
Lejeune (Témiscouata) . . . . .	60931	Pakuashipi (Réserve indienne) . . . . .	69780
Les Bergeronnes . . . . .	69741	Palmarolle . . . . .	68454
		Parent . . . . .	63272
		Paspébiac . . . . .	60412
		Pessamit (Réserve indienne) . . . . .	69788
		Percé . . . . .	60220
		Petite-Vallée . . . . .	60249
		Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska) . . . . .	61094
		Petit-Matane . . . . .	60619
		Petit-Mécatina (Côte-Nord-	

du-Golfe-Saint-Laurent) . . . . .	69791	Saint-Alexandre (Kamouraska) . . .	61011
Picard (Kamouraska) . . . . .	61092	Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia) . . . . .	60510
Pikogan (Réserve indienne) . . . . .	68484	Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon) . . . . .	60449
Pohénégamook . . . . .	61003	Saint-Alphonse (Bonaventure) . . .	60424
Pointe-à-la-Croix . . . . .	60443	Saint-Anaclet-de-Lessard . . . . .	60724
Pointe-au-Père . . . . .	60736	Saint-André (Kamouraska) . . . . .	61024
Pointe-aux-Outardes . . . . .	69725	Saint-André-de-Restigouche . . . . .	60446
Pointe-Lebel . . . . .	69723	Saint-Antoine . . . . .	60818
Port-Cartier . . . . .	69717	Saint-Arsène . . . . .	60828
Port-Daniel-Gascons . . . . .	60401	Saint-Athanase (Témiscouata) . . .	61002
Portneuf-sur-Mer . . . . .	69732	Saint-Bruno-de-Guigues . . . . .	68319
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo) . . . . .	69845	Saint-Bruno-de-Kamouraska . . . . .	61004
Pouliaries . . . . .	68439	Saint-Charles-Garnier . . . . .	60703
Preissac . . . . .	68427	Saint-Clément . . . . .	60808
Price . . . . .	60636	Saint-Cléophas (La Matapédia) . . .	60528
Puvirnituk (Baie-d'Hudson) . . . . .	69895	Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup) . . .	60802
Quaqtaq (Baie-d'Ungava) . . . . .	69868	Saint-Damase (Matapédia) . . . . .	60539
Ragueneau . . . . .	69724	Saint-Denis-de la Boutellerie (Kamouraska) . . . . .	61032
Rapide-Danseur . . . . .	68447	Saint-Dominique-du-Rosaire . . . . .	68433
Rémigny . . . . .	68330	Saint-Donat (La Mitis) . . . . .	60722
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or) . . . . .	68095	Saint-Edouard-de-Fabre . . . . .	68302
Rimouski . . . . .	60739	Saint-Éloi (Les Basques) . . . . .	60822
Ristigouche, Partie Sud-Est . . . . .	60444	Saint-Elzéar (Bonaventure) . . . . .	60416
Rivière-à-Claude . . . . .	60308	Saint-Elzéar (Témiscouata) . . . . .	60924
Rivière-au-Tonnerre . . . . .	69708	Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup) . . .	60814
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan) . . . . .	69796	Saint-Eugène-de-Guigues . . . . .	68322
Rivière-Bleue . . . . .	60915	Saint-Eugène-de-Ladrière . . . . .	60753
Rivière-Bonaventure . . . . .	60495	Saint-Eusèbe (Témiscouata) . . . . .	60912
Rivière-Bonjour (Matane) . . . . .	60698	Saint-Fabien (Rimouski-Neigette) . . . . .	60751
Rivière-du-Loup . . . . .	60834	Saint-Félix-de-Dalquier . . . . .	68431
Rivière-Héva . . . . .	68417	Saint-François-d'Assise (Avignon) . . .	60451
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk) . . . . .	69896	Saint-François-Xavier- des-Hauteurs . . . . .	60701
Rivière-Mouchalagane (Sept- Rivières-Caniapiscau) . . . . .	69799	Saint-François-Xavier-de-Viger . . . . .	60809
Rivière-Nipissis (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69794	Saint-Gabriel (La Mitis) . . . . .	60709
Rivière-Nouvelle (Avignon) . . . . .	60499	Saint-Gabriel-Lalement . . . . .	61008
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest) . . . . .	68489	Saint-Georges-de-Cacouna . . . . .	60831
Rivière-Ouelle . . . . .	61034	Saint-Germain (Kamouraska) . . . . .	61028
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia) . . . . .	60792	Saint-Godefroi (Bonaventure) . . . . .	60408
Rivière-Rouge . . . . .	67618	Saint-Guy (Les Basques) . . . . .	60716
Rivière-Saint-Jean . . . . .	69707	Saint-Honoré (Témiscouata) . . . . .	60929
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé) . . . . .	60299	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup) . . .	60804
Rivière-Vaseuse . . . . .	60592	Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane) . . . . .	60604
Rivière-Windigo (Le Haut- Saint-Maurice) . . . . .	63297	Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques) . . .	60806
Rochebaucourt . . . . .	68453	Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata) . . . . .	60903
Roquemare . . . . .	68446	Saint-Joseph-de-Kamouraska . . . . .	61012
Routhierville (La Matapédia) . . . . .	60494	Saint-Joseph-de-Lepage . . . . .	60718
Rouyn-Noranda . . . . .	68333	Saint-Juste-du-Lac . . . . .	60908
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia) . . . . .	60697	Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) . . . . .	68469
Ruisseau-Ferguson (Avignon) . . . . .	60497	Saint-Léandre (Matane) . . . . .	60609
Sacré-Coeur (La Haute- Côte-Nord) . . . . .	69743	Saint-Léon-le-Grand (Matapédia) . . . . .	60518
Saint-Adelme . . . . .	60606	Saint-Louis-du-Ha-Ha . . . . .	60922
		Saint-Marc-de-Figuery . . . . .	68422

Saint-Marc-du-Lac-Long . . . . .	60904	Sept-Îles . . . . .	69711
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette) . . . . .	60711	Shigawake . . . . .	60406
Saint-Mathieu (Abitibi) . . . . .	68428	Tadoussac . . . . .	69744
Saint-Mathieu-de-Rioux . . . . .	60752	Taschereau . . . . .	68436
Saint-Maxime-du-Mont-Louis . . . . .	60304	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles) . . . . .	69862
Saint-Médard (Les Basques) . . . . .	60729	Témiscaming . . . . .	68301
Saint-Michel-du-Squatec . . . . .	60918	Témiscaming (rés. indienne) . . . . .	68389
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) . . . . .	60816	Temiscouata-sur-le-Lac . . . . .	60910
Saint-Moïse (La Matapédia) . . . . .	60534	Trécesson . . . . .	68432
Saint-Narcisse-de-Rimouski . . . . .	60712	Trois-Pistoles . . . . .	60821
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est) . . . . .	69456	Umiujaq (Baie-d'Hudson) . . . . .	69847
Saint-Noël (La Matapédia) . . . . .	60536	Val d'Or . . . . .	68403
Saint-Octave-de-Métis . . . . .	60631	Val-Brillant . . . . .	60524
Saint-Onésime-d'Ixworth . . . . .	61009	Val-Saint-Gilles . . . . .	68471
Saint-Pacôme (Kamouraska) . . . . .	61020	Ville-Marie . . . . .	68304
Saint-Pascal . . . . .	61018	Waskaganish (Fort-Rupert) . . . . .	69885
Saint-Paul-de-la-Croix . . . . .	60812	Waswanipi (Terre Réservée) . . . . .	69880
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton . . . . .	69736	Waswanipi (Village Cri) . . . . .	69810
Saint-Philippe-de-Néri . . . . .	61019	Wemindji (Village Cri) . . . . .	69840
Saint-Pierre-de-Lamy . . . . .	60930	Whapmagoostui (Réserve indienne) . . . . .	69888
Saint-Raphaël-d'Alberville . . . . .	60508	Whitworth (Réserve indienne) . . . . .	60882
Saint-René-de-Matane . . . . .	60613	Winneway . . . . .	68388
Saint-Siméon (Bonaventure) . . . . .	60421		
Saint-Simon (Les Basques) . . . . .	60754		
Saint-Tharcisius (La Matapédia) . . . . .	60509		
Saint-Ulric . . . . .	60624		
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette) . . . . .	60746		
Saint-Vianney (La Matapédia) . . . . .	60521		
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui . . . . .	60519		
Sainte-Angèle-de-Méridci . . . . .	60706		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière . . . . .	61036		
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle . . . . .	60312		
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle) . . . . .	67650		
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette) . . . . .	60726		
Sainte-Félicité (Matane) . . . . .	60618		
Sainte-Flavie (La Mistis) . . . . .	60731		
Sainte-Florence (La Matapédia) . . . . .	60502		
Sainte-Françoise (Les Basques) . . . . .	60811		
Sainte-Germaine-Boulé . . . . .	68441		
Sainte-Gertrude-Manneville . . . . .	68425		
Sainte-Hélène (Kamouraska) . . . . .	61014		
Sainte-Hélène-de-Mancebourg . . . . .	68456		
Sainte-Irène (La Matapédia) . . . . .	60526		
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia) . . . . .	60538		
Sainte-Luce-Luceville . . . . .	60734		
Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine . . . . .	60302		
Sainte-Marguerite (Matapédia) . . . . .	60501		
Sainte-Odile-sur-Rimouski . . . . .	60742		
Sainte-Paule (Matane) . . . . .	60610		
Sainte-Rita (Les Basques) . . . . .	60801		
Sainte-Thérèse-de-Gaspé . . . . .	60216		
Salluit . . . . .	69875		
Sayabec . . . . .	60530		
Schefferville . . . . .	69801		
Senneterre . . . . .	68409		





## 11. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

### 11.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement se fait toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou virement bancaire (*dépôt direct*) à l'ordre du dentiste traitant ou d'un tiers autorisé par ce dentiste à recevoir paiement.

- # Le virement (*dépôt*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 11.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de remboursement dûment remplies.

11.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.  
 Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec				ÉTAT DE COMPTE			
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				DEMANDES DE PAIEMENT		N° OU	
NOM	N° OU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° OU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	PÉRIODE JUSQU'À	PAIEMENT	PAGE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-17	20AA-11-06 (T)	OR-46	001
					20AA-10-27 (P)		002

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---

UNTEL ROBERT  
 1125 GRANDE ALLÉE OUEST  
 QUÉBEC QUÉBEC  
 G1K 7T3

⑨

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:  
 Québec:.....418 643-8210  
 Montréal:.....514 873-3480  
 Ailleurs au Québec, en Ontario  
 et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ....1 800 463-4776

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX

PAIEMENTS ET RETENUES

SPÉCIMEN

DESCRIPTION DES GAINS MESURES INCITATIVES

DÉDUCTIONS CUMULATIVES

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)

OR341 4702 300 08194
VOIR AU VERSO

### 11.3.1 Description

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

#### 11.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

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

#### Sommaire

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

- Messages généraux
- Paiements et retenues
- Description des gains - mesures incitatives
- Déductions cumulatives
- Description des codes de transactions

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

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE				Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4		
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDOS DE PAIEMENT REÇUES 05/01/01	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° OU PROFESSIONNEL	N° OU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° OU CHEQUE OUVRIEMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-11-06 (T)	20AA-10-27 (P)	OR-46	002 P. 002
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-17			
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES	REVISION
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	1 2 3	ANTERIEURE NOUVELLE
			DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES					
<p style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">SPÉCIMEN</p>								
<p>REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE</p> <p style="text-align: center;">FIN DU RELEVÉ</p>								
OR344 4702 306 09/94								VOIR AUVERSO

**11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction**  
(Parties 1a à 10a)

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA0122 i.e. AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième.
- 3a.** CODE TRA. : Numéros référant au code de la transaction (TRA) (voir **11.5**).
- 4a.** NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

Type de mesure, soit :

déménagement  
prime d'éloignement  
ressourcement  
sortie

Élément de mesure, soit :

allocation forfaitaire  
autres frais  
demande d'avances  
déménagement  
déplacement  
prime d'éloignement  
frais d'entreposage  
rémunération

- 5a.** BASE DE CALCUL : Le nombre d'heures (H), ou de journées (J), ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a.** RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

**11.3.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis. Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement.

## 11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

### 11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

### 11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement

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

### 11.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** (voir **11.5**) et du code de message explicatif approprié (voir **11.7**).

- # Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de remboursement doit lui présenter une *Demande de révision ou d'annulation* (n<sup>o</sup> 1549).

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

Les demandes de révision doivent être adressées à l'adresse indiquée sur le formulaire.

### 11.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas,

faire une demande de révision s'il y a lieu de contester la décision de la Régie et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises.

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

### # 11.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le dentiste qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n<sup>o</sup> 1549).

**MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES****11.6 MESSAGES EXPLICATIFS**

*(Annexe VIII de l'entente)*

- 001** La date de début ou de fin de la période du ressourcement ou de perfectionnement est non valide, incomplète ou illisible.
- 002** La date de début ou de fin de la période de la prime d'éloignement est non valide, incomplète ou illisible.
- 003** La date du déménagement est non valide, incomplète, illisible ou absente.
- 004** La date de début ou de fin de la période des frais d'entreposage est non valide, incomplète ou illisible.
- 005** La date de la demande d'avance est non valide, incomplète, illisible ou absente.
- 006** La date de début ou de fin de la période de la sortie est non valide, incomplète, illisible ou absente.
- 007** La date du déplacement est non valide, incomplète ou illisible.
- 009** Le code de localité du lieu de départ est invalide, illisible ou absent.
- 010** Le code de localité du lieu d'arrivée est invalide, illisible ou absent.
- 012** Le nombre de kilomètres est absent, non valide ou illisible.
- 013** Selon le type de mesures incitatives facturé, votre classement vous rend inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 014** Le montant réclamé pour l'allocation forfaitaire est non valide, incomplet ou illisible.
- 015** Le montant réclamé pour la prime d'éloignement est non valide, incomplet ou illisible.
- 016** Le montant réclamé pour le déménagement est non valide, incomplet ou illisible.
- 017** Le montant réclamé pour les frais d'entreposage est non valide, incomplet ou illisible.
- 018** Le montant de l'estimé pour une demande d'avance est non valide, incomplet ou illisible.
- 019** Le montant réclamé pour le déplacement est non valide, incomplet ou illisible.
- 020** La prime d'éloignement « sans dépendant » vous est payée selon le contenu du dossier.
- 021** Le nombre de dépendants inscrit pour la sortie est non numérique ou illisible.
- 022** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée (la demande vous est retournée sous pli séparé).
- 023** Le code de localité est absent ou invalide.

- 024** Selon nos dossiers, les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez paiement ont été réclamés lorsque vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 025** Les frais de mesures incitatives pour lesquels vous demandez le paiement ne peuvent vous être payés lorsque réclamés dans l'établissement ou la localité figurant sur votre demande.
- 026** Veuillez nous informer de la date à compter de laquelle vos dépendants ne résident plus avec vous.
- 027** La demande de remboursement des mesures incitatives n'est pas dûment signée, veuillez refacturer.
- # 030** Le professionnel qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 034** Journée de ressourcement ou de perfectionnement annulée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.
- 035** Le paiement des frais de ressourcement ou de perfectionnement est refusé, ceux-ci ayant été facturés deux fois pour la même journée (quantième).
- 036** Le quantième permettant l'identification du jour de ressourcement est non compris dans la période du ressourcement.
- 038** La date de début de la période du ressourcement ou du perfectionnement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 039** La période pour laquelle vous réclamez du ressourcement ou du perfectionnement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 040** Selon nos dossiers, le ressourcement pour lequel vous demandez paiement a été effectué alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 041** La période du ressourcement ou du perfectionnement est absente.
- 042** Les données relatives au ressourcement, soit le quantième ou la valeur de la journée de rémunération ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 043** La date de début de la période de la prime d'éloignement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 044** La période pour laquelle vous réclamez une prime d'éloignement est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 045** Selon nos dossiers, la prime d'éloignement pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement pour les mesures incitatives.
- 046** La période de la prime d'éloignement est absente.
- 048** La date de début de la période des frais d'entreposage est postérieure à la date de fin de cette période.
- 049** La date pour laquelle vous réclamez un déménagement est postérieure à la date de réception à la Régie.



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

### RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

Le dentiste qui fournit des services en centre hospitalier avec le concours d'un dentiste résident est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires et règles d'application mais seulement pour l'encadrement dispensé en centre hospitalier, et ce, pour les cinq programmes de résidence suivants : la chirurgie buccale et maxillo-faciale, le multidisciplinaire, la gérodentologie, 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 un honoraire majoré;
- c) pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

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

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

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

**1.4** Lorsqu'au cours d'une séance, des actes de restauration et d'endodontie sont posés sous anesthésie générale, le dentiste a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 192 \$ par personne assurée comme frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. Ce montant est applicable une seule fois par période de cent quatre-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)

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

(supérieur gauche)

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

(inférieur droit)

(inférieur gauche)

#### Dents primaires

(supérieur droit)

55	54	53	52	51
85	84	83	82	81

(supérieur gauche)

61	62	63	64	65
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 <sup>er</sup> 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.*

<b>94500</b>	De huit à soixante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre . . . . .	0,86
<b>94510</b>	Au-delà de soixante kilomètres . . . . .	C.S.

**Renvoi à un pédodontiste**

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

+94600 Renvoi à un pédodontiste. . . . . 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, comprenant :

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

**2.3** À moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis son examen, le dentiste convient pour une même personne assurée de ne pas réclamer un autre examen.

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

<b>+01120</b>	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans . . . . .	46,75
<b>+01130</b>	Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus . . . . .	58,25

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

<b>+01121</b>	Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans (pour des fins oncologiques) . . . . .	46,75
<b>+01131</b>	Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus (pour des fins oncologiques) . . . . .	58,25

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

### Examen d'urgence

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

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

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

**+01300** Examen d'urgence . . . . . 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 pratiqué par un dentiste suite à la demande d'un autre dentiste ou d'un médecin qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le dentiste consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au dentiste ou au médecin traitant.

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

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

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

**+93200** Consultation . . . . . 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.*

*Veillez vous référer aux règles d'application 2.3 (examen) et 2.5 (examen d'urgence) pour connaître les caractéristiques à respecter pour chacune d'elles (exemple : le maximum).*

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

### **Radiographie**

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

**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) 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	<b>Amalgame</b>	Classe I	incisive	89. ....	40,50
+ 21231			linguale	92. ....	40,50
+ 21232		Classe III	mésiale	90. ....	81,25
+ 21232			distale	91. ....	81,25
+ 23101	<b>Matériau esthétique</b>	Classe I	incisive	89. ....	68,00
+ 23101			linguale	92. ....	68,00
+ 23103		Classe III	mésiale	90. ....	76,75
+ 23103			distale	91. ....	76,75
+ 23104		Classe IV	mésiale	95. ....	138,00
+ 23104			distale	96. ....	138,00
+ 23102		Classe V	buccale	93. ....	68,00
+ 23102			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<sup>er</sup> 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

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

#### Prémolaire

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

#### Molaire permanente

<b>21999</b>	valeur de base.....	16,50
+ <b>21221</b>	une surface.....	36,75
+ <b>21222</b>	deux surfaces.....	76,50
+ <b>21223</b>	trois surfaces.....	105,75
+ <b>21224</b>	quatre surfaces.....	132,47
+ <b>21225</b>	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.

<b>23999</b>	valeur de base.....	16,50
+ <b>23301</b>	une surface.....	56,25
+ <b>23302</b>	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
+ 27415	métallique fenêtrée 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**

Pulpotomie sur dent primaire

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

+32211 Pulpotomie sur dent primaire . . . . . 71,25

Pulpectomie sur dent primaire

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

+32310 Pulpectomie sur dent primaire . . . . . 71,25

**Endodontie sur dent permanente**

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

- # **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.

+ **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 l'apexification (insertion de média dentinogénique en vue de la fermeture de l'apex) n'est payable qu'une seule fois.

+ <b>33501</b>	Un canal . . . . .	294,00
+ <b>33502</b>	Deux canaux . . . . .	377,00
+ <b>33503</b>	Trois canaux . . . . .	455,00
+ <b>33504</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	537,00

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

- # **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 canalairre avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent

+ <b>33001</b>	Un canal . . . . .	349,00
+ <b>33002</b>	Deux canaux . . . . .	498,00
+ <b>33003</b>	Trois canaux . . . . .	637,00
+ <b>33004</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	843,00

- # **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

- # **5.8** Traitement d'urgence

+ **33910** 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* (chapitre S-4.2), tout acte ou soin pré ou post-opératoire énuméré ci-dessous et relié à cet acte chirurgical est réputé être posé dans ce centre hospitalier.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Forfait pour chirurgie complexe**

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

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

**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**

(non sujet à la règle d'application 6.4)

**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.

**Ablation simple de racine dentaire**

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

	sous anesthésie locale ou régionale :	
+ 72300	première dent . . . . .	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)**

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

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

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

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

+ 72412	avec appareil de traction . . . . .	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 (rôle1), le protocole opératoire ou les renseignements appropriés sur un document complémentaire doivent accompagner la demande de paiement. L'omission de transmettre le document ou les renseignements demandés entraînera un refus de paiement.*

+ 75100	incision intra-orale d'un abcès au niveau alvéolaire ou palatin avec ou sans drain . . . . .	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	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 (prestation comprise dans celle de l'examen)	
	traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
75502	3 cm et moins . . . . .	173,25
75503	plus de 3 cm à 4 cm . . . . .	223,00
75504	plus de 4 cm à 6 cm . . . . .	292,25
75505	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	412,50
75506	plus de 9 cm . . . . .	485,00

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

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

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

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

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

**Ablation de tumeur**

tissu mou

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

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

tissu osseux

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

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

**Mandibulectomie**

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

partielle

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

**Maxillectomie**

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

partielle

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

**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;

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

**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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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

**AVIS** : Voir la règle d'application 6.15.

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

**AVIS** : Voir la règle d'application 6.15.

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

**AVIS** : Voir la règle d'application 6.15.

### Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

### Alvéoloplastie

**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.

<b>+73001</b>	1 cm et moins	45,75
<b>+73002</b>	plus de 1 cm à 3 cm	91,50
<b>+73003</b>	plus de 3 cm à 6 cm	152,00
<b>+73004</b>	plus de 6 cm à 9 cm	198,00
<b>+73005</b>	plus de 9 cm à 12 cm	244,00
<b>+73006</b>	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.

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



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

**Ablation de torus**

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

**Traitement des glandes salivaires**

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

**Fermeture de communication bucco-sinusale**

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

79306	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accolement ou glissement des muqueuses) . . . . .	91,50
-------	--	-------

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

79312	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule . . . . .	412,50
-------	--	--------

**Frénectomie**

-----	moins d'un an (prestation incluse dans celle de l'examen)	
+ 77815	un an et plus . . . . .	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'exérèse 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.

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

réparation d'une lacération de part en part

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

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

76968 plus de 21 cm ..... 504,75

### Intervention sur le trijumeau

79208 Avulsion complète du nerf dentaire inférieur ..... 425,50

79203 Avulsion d'une branche du trijumeau ..... 150,50

79204 Transposition et décompression neurale ..... 253,25

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

79211 Alcoolisation d'une branche du trijumeau ..... 97,25

79212 Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance) ..... 48,75

79257 Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon) ..... 703,50

79259 Suture nerveuse (neurorrhaphie) ..... 108,25

79402 **Trachéotomie** ..... 199,25

79403 **Intubation percutanée sous-mandibulaire** ..... 181,75

### Fissure palatine

77730 Fermeture d'une fissure palatine ..... 351,75

77710 Rallongement complémentaire du palais ..... 351,75

77740 Reconstruction de la crête alvéolaire pour déficuosité du palais antérieur ..... 351,75

### Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

74224 Partielle ..... 232,75

74226 Totale ..... 447,00

77860 **Glossectomie** ..... 99,50

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

- cas de traumatisme;
- cas d'ostéotomie de type Le Fort;
- cas d'ostéotomie mandibulaire;
- cas d'atrophie généralisée ou localisée des maxillaires;
- cas de reconstruction de difformité congénitale;
- cas d'arthroplastie avec reconstruction condylienne accompagnée d'une partie de la branche montante;
- cas de tumeurs ou de kystes de plus de 4 cm.

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

La greffe au poinçon ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires.

**AVIS :** Lors de la facturation de greffe osseuse, veuillez inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la raison de la greffe, le site de la prise du greffon et le site précis de la greffe osseuse (exemples : région 11, 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.

	Greffe osseuse hétérogène ou alloplastique, excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74445	entre 2 et 9 cm <sup>2</sup> .....	242,50
74449	plus de 9 cm <sup>2</sup> .....	384,25
	Greffe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74452	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site) .....	546,75
74454	plus de 4 cm .....	867,00
	Prise du greffon (un ou plusieurs) (Le tarif de la prise du greffon n'est pas sujet à la règle d'application 6.4)	
74306	au niveau de la face .....	81,50
74307	à un autre site .....	162,25

### 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

76701	élévation simple trans-cutanée .....	315,00
77700	réduction fermée .....	315,00
76703	élévation par approche de Gillies .....	315,00
77701	réduction ouverte avec fixation interne 1 site .....	525,00
77702	réduction ouverte avec fixation interne 2 sites .....	615,00
77703	réduction ouverte avec fixation interne 3 sites .....	750,00

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

#### Nez

-----	sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)	
76503	réduction simple .....	100,00
76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses .....	228,75

**Maxillaire**

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

**Mandibulaire**

#

**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.

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

	trois sites et plus :	
76241	approche intra-orale . . . . .	978,75
76242	approche extra-orale . . . . .	978,75
76243	approches intra et extra-orales . . . . .	1 466,25
76260	Condyle (réduction ouverte) . . . . .	600,00

**Orbite**

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

	Plancher	
76520	par voie sinusale . . . . .	460,00
76510	par voie externe . . . . .	346,25
76530	avec plastie . . . . .	514,00
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
76521	latérale . . . . .	460,00
76522	médiane . . . . .	460,00
76523	supérieure . . . . .	514,00

**Os alvéolaire**

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

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

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

76911	3 cm et moins . . . . .	39,25
76912	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	52,75
76913	plus de 6 cm . . . . .	63,00
76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . .	100,75
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . .	202,50
+ 76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) . . . . .	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 :** Incrire le numéro de dent et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

**Mise en place et ablation d'attelle osseuse**

**6.26** Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place d'attelle osseuse pour une réduction de fracture et immobilisation de dents ébranlées par traumatisme, la rémunération pour l'immobilisation des dents ébranlées par traumatisme est comprise dans celle de la réduction de fracture.

**6.27** La prestation pour la mise en place ou l'ablation d'attelle dans une même séance correspond à 100 % du tarif fixé pour l'attelle la plus rémunérée et à 50 % pour les autres.

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

**Mise en place d'attelle osseuse**

	intra ou péri-osseuse (à l'exclusion de l'ostéosynthèse), par attelle (tige, fil ou vis pour suspension péri-crânienne)	
<b>76135</b>	maxillaire (maximum 4) . . . . .	64,50
<b>76136</b>	mandibulaire (maximum 3) . . . . .	64,50
	mise en place d'une plaque de reconstruction	
<b>76154</b>	3 à 6 cm . . . . .	324,75
<b>76156</b>	plus de 6 cm . . . . .	541,25
<b>76115</b>	prothèse acrylique ou « cap splint », attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	108,00
<b>76104</b>	arche (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	108,00
<b>76192</b>	appareil péri-crânien . . . . .	108,00

**Ablation d'attelle osseuse**

	intra ou péri-osseuse : par attelle (tige, fil ou vis pour suspension péri-crânienne et/ou appareil péri-crânien)	
<b>79984</b>	maxillaire (maximum 4) . . . . .	39,25
<b>79985</b>	mandibulaire (maximum 3) . . . . .	39,25
<b>79986</b>	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	25,50
<b>79987</b>	arche (une ou plusieurs par maxillaire) . . . . .	25,50
<b>79989</b>	broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) . . . . .	127,75

**Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire**

	Luxation	
<b>78115</b>	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	37,50
<b>78125</b>	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	54,75
<b>78200</b>	Ménisectomie totale . . . . .	331,25
<b>78407</b>	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus) . . . . .	433,00
<b>78300</b>	Condylectomie radicale (résection au col) . . . . .	649,50
<b>78400</b>	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle . . . . .	662,50
<b>77160</b>	Ablation de l'apophyse coronoïde . . . . .	333,50
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
<b>78600</b>	médication intra-articulaire incluant la substance . . . . .	65,00
<b>78500</b>	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire) . . . . .	162,25

**Arthroscopie**

<b>78401</b>	Arthroscopie diagnostique (lyse et lavage) . . . . .	324,75
<b>78410</b>	Arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée) . . . . .	487,00

**Ostéotomie**

Le maximum rémunérable est de 3 ostéotomies par maxillaire y compris les ostéotomies inter-dentaires

	<b>Mandibulaire</b>	
	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77121</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77451</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77422</b>	segmentaire préprothétique . . . . .	451,25
<b>77440</b>		
	<b>Maxillaire</b>	
<b>77310</b>	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) . . . . .	1 031,50
	(cet acte compte pour 2 ostéotomies)	
<b>77411</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77412</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77400</b>	segmentaire préprothétique . . . . .	716,50
<b>77720</b>	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur) . . . . .	138,50
<b>77320</b>	Le Fort II . . . . .	C.S.
<b>77325</b>	Le Fort III . . . . .	C.S.
<b>77315</b>	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale) . . . . .	364,75
<b>77305</b>	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort) . . . . .	1 031,50
	<b>Ostéotomie inter-dentaire</b>	
	Pour les fins de l'entente, l'ostéotomie inter-dentaire consiste dans une section totale de la structure osseuse pour obtenir une mobilité complète d'une dent	
<b>77610</b>	au maxillaire . . . . .	207,75
<b>77611</b>	à la mandibule . . . . .	207,75
	<b>Corticotomie</b>	
<b>77600</b>	Corticotomie (par dent; maximum de 4 dents par maxillaire). Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent . . . . .	85,50
	<b>Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)</b>	
<b>77452</b>	repositionnement bilatéral . . . . .	506,50
<b>77453</b>	diminution . . . . .	380,00



**PROTHÈSE ACRYLIQUE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**A) CONFECTION**

**AVIS :** 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 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 de dent, de crochet ou d'appui. L'autorisation du ministère 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**

<b>51102</b>	supérieure .....	C.S.
<b>51112</b>	inférieure .....	C.S.
<b>51122</b>	supérieure et inférieure .....	C.S.

**Partielle**

<b>52242</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis .....	C.S.
<b>52252</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	C.S.
<b>52262</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	C.S.

## Les services dentaires assurés

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

**# 14. MANUELS ET FORMULAIRES****14.1 MANUEL****14.1.1 MANUEL SUR INTERNET**

- # Le manuel destiné aux dentistes est mis à jour régulièrement et disponible sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

**14.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE**

À la demande du dentiste, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste une fois l'an.

- # Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le dentiste peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

**14.2 FORMULAIRES****14.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET**

- # La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

**14.2.2 FORMULAIRES PAPIER**

- # À sa demande, le dentiste utilisant la demande de paiement à l'acte papier (n° 1670), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1<sup>er</sup> avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

**14.2.3 COMMANDE**

- # Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.