



MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 41
septembre 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif

Page : [8](#)

PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

Page : [5](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif concernant la lettre C

Page : [24](#)

- Liste des établissements - deuxième examen annuel pour des fins oncologiques

Page : [31](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification du message explicatif 802

Page : [20](#)

MESURES INCITATIVES

- Retrait des localités Dubuisson, Sullivan, Vassan et Val-Senneville

Pages : [12](#) et [15](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications d'ordre administratif

Page : [1](#)

- Deuxième examen annuel pour des fins oncologiques

Page : [5](#)

- Les services dentaires assurée - Tableau

Page : [35](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 073/2009-09-03.

LÉGENDE

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

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-250-48311-3

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

	<i>Page</i>
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 (2008 - 2009)	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

TABLE DES MATIÈRES**Dentistes**

	<i>Page</i>
11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	6
11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	6
11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement	6
11.4.3 Paiement refusé en partie	6
11.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
11.4.5 Modification d'une demande déjà payée	6
11.4.6 Annulation d'une demande de remboursement	7
11.5 CODES DE TRANSACTIONS	8
MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES	9
11.6 MESSAGES EXPLICATIFS.....	9
12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	4
# PRÉVENTION.....	7
# RESTAURATION.....	8
# ENDODONTIE	13
# TRAITEMENT D'URGENCE.....	13
# CHIRURGIE	15
# PROTHÈSE ACRYLIQUE	32
# TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS	35
13. INDEX ALPHABÉTIQUE DES DIAGNOSTICS	1
INDEX ALPHABÉTIQUE	3
14. MANUELS ET FORMULAIRES	1
14.1 MANUELS	1
14.2 FORMULAIRES	1
14.3 LISTE DES FORMULAIRES.....	2

b) *La personne 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, 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 dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir paragraphe 3.5 Annexe V) :*

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

2- Dans tous les autres cas :

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

2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

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

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

Avant de rendre un service, cette période de validité doit être vérifiée afin de déterminer si la personne est admissible au programme, à la date du service.

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**.

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

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

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*

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

ANNEXE III :

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

- A :** - Renseignements complémentaires ou document afférent, sans incidence monétaire.
- Remplacement d'une prothèse suite à une chirurgie buccale.
Réf. : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7.
- Remarque :** Préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse suite à une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.
- # - Personne assurée (prestataire d'une aide financière de dernier recours) ne se présente pas pour la **mise en bouche** d'une prothèse dentaire acrylique.
- Remarque :** Préciser la situation dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.
Utilisez les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- 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 RAMQ à la demande du MSSS.
- 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

ANNEXE VIII :
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN ANNUEL
DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES

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

- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Modificateur utilisé incompatible avec rôle demandé pour ce code d'acte.
- 579** Le code d'acte doit être soumis avec les modificateurs appropriés (010 ou 048) lorsqu'une nouvelle intervention a lieu au cours d'une même hospitalisation, pour la même personne assurée et pour le même professionnel (Règle d'application 6.6).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** En raison de son libellé, la réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée.
- 617** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 618** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable, et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 619** Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de services vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse acrylique suite à une chirurgie buccale.
- 650** Demande de paiement soumise à une évaluation professionnelle par un dentiste, une appréciation particulière d'ordre juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de prothèse. Veuillez resoumettre une nouvelle demande de paiement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

- 677** Lors du remplacement d'une prothèse acrylique complète ou partielle en dedans de la période de huit ans pour les cas de perte ou de bris irréparable, l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 682** Consécutivement à une expertise professionnelle et selon les renseignements fournis.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 684** Seuls les huit premiers codes d'acte de la demande de paiement ont été évalués.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 695** Le code d'acte, le rôle ou les honoraires sont modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- # **802** Le code d'établissement est absent, inexistant ou fermé à la date de l'acte.
- 804** Le code d'établissement diffère de celui requis pour l'acte.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 810** Selon sa nomenclature, cet acte ne peut être payé lorsqu'effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé « OXXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 838** Le numéro de la clinique d'anesthésie générale est manquant, illisible ou inexistant à la date du service. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 840** Selon la règle d'application 1.4, cet acte est non payable puisque la clinique ne fait pas partie de celles identifiées à l'annexe VII du point 3.5 sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».

PARTIE 8**Signature du professionnel** (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **signée à la main** et datée par le professionnel dont le nom figure à la **partie 1** ou par son mandataire.

Remarque : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original des pièces justificatives (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

10.3 EXPÉDITION

Le professionnel est prié de conserver son exemplaire de la demande de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait lui adresser.

Joindre les pièces justificatives à la demande de remboursement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

Toutes les demandes de remboursement de mesures incitatives doivent être adressées comme suit :

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

10.4 LISTE DES LOCALITÉS

Pour l'application de l'article 4 de l'annexe VIII de l'entente

Localités	Codes	Localités	Codes
Aguanish	69704	Cloutier	68325
Akulivik	69870	Collines-du-Basque	
Amos	68430	(Côte-de-Gaspé)	60398
Amqui	60514	Colombier	69728
Angliers	68324	Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent	69751
Arntfield	68340	Coulée-des-Adolphe	
Auclair	60906	(Denis-Riverin)	60699
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	D'Alembert	68440
Authier	68448	Degelis	60901
Authier-Nord	68473	Destor	68443
Baie-Comeau	69733	Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303
Baie-d'Hudson	69897	Duparquet	68442
Baie-des-Chaloupes		Dupuy	68464
(Antoine-Labelle)	66192	Eastmain	69838
Baie-des-Sables	60628	Escuminac	60439
Baie-James (sauf Joutel)	69802	Esprit-Saint	60715
Baie-Johan-Beetz	69703	Evain	68337
Baie-Trinité	69721	Ferme-Neuve	67646
Barraute	68418	Fermont	69761
Bearn	68306	Forestville	69730
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces		Fort Rupert (Waskagheganish)	69834
Val-Barrette	67634	Franquelin (Manicouagan)	69727
Belcourt	68411	Fugèreville	68311
Bellecombe	68333	Gallichan	68444
Belleterre	68308	Gaspé	60230
Berry	68477	Godbout	69722
Betsiamites (Réserve indienne)	69788	Grand-Lac-Victoria	
Biencourt	60702	(Vallée-de-l'Or)	68479
Blanc-Sablon	69753	Grand-Métis	60634
Bonaventure	60419	Grande-Rivière	60213
Bonne-Espérance	69755	Grande-Vallée	60251
Cabano	60920	Grosses-Roches	60614
Cacouna (Réserve indienne)	60881	Guérin	68328
Cadillac	68407	Havre-St-Pierre	69706
Caniapiscau	69893	Hope	60409
Cap-Chat	60317	Hope Town	60411
Caplan	60422	Hunters Point	68386
Carleton-Sur-Mer	60435	Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850
Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	67892	Ivujivik	69877
Cascapédia	60428	Kamouraska	61031
Causapscau	60506	Kangihsualujuaq (Baie-d'Ungava)	69855
Champneuf	68412	Kangihsujuaq (Baie-d'Ungava)	69872
Chandler	60209	Kangirsuk (Baie-d'Ungava)	69806
Chapais	69806	Kawawachikamach	69843
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	Kebaowek (Réserve indienne)	68383
Chibougamau	69804	Kiamika	67624
Chisasibi	69842	Kipawa	68310
Chute-aux-Outardes	69726	Kuujuaq (Baie-d'Ungava)	69860
Chute-Saint-Philippe	67642	Kuujuarapik (Baie-d'Hudson)	69846
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	L'Ascension (Antoine-Labelle)	67628
Clerval	68458	L'Ascension-de-Patapédia	
Cloridorme	60248	(Avignon)	60453
		L'Île-d'Anticosti	69701

Dentistes

10. MESURES INCITATIVES

Saint-Germain (Kamouraska)	61028	Sainte-Flavie (La Mistis)	60731
Saint-Godefroi (Bonaventure)	60408	Sainte-Florence (La Matapédia)	60502
Saint-Guy (Les Basques)	60716	Sainte-Françoise (Les Basques)	60811
Saint-Honoré (Témiscouata)	60929	Sainte-Germaine-Boulé	68441
Saint-Hubert (Rivière-du-Loup)	60804	Sainte-Gertrude-Manneville	68425
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane)	60604	Sainte-Hélène (Kamouraska)	61014
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806	Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata)	60903	Sainte-Irène (La Matapédia)	60526
Saint-Joseph-de-Clericy	68435	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538
Saint-Joseph-de-Kamouraska	61012	Sainte-Luce-Luceville	60734
Saint-Joseph-de-Lepage	60718	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine	60302
Saint-Juste-du-Lac	60908	Sainte-Marguerite (Matapédia)	60501
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest)	68469	Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742
Saint-Léandre (Matane)	60609	Sainte-Paule (Matane)	60610
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)	60518	Sainte-Rita (Les Basques)	60801
Saint-Louis-du-Ha-Ha	60922	Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216
Saint-Marc-de-Figuery	68422	Salluit	69875
Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	Sayabec	60530
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette)	60711	Schefferville	69801
Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	Senneterre	68409
Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	Sept-Îles	69711
Saint-Maxime-du-Mont-Louis	60304	Shigawake	60406
Saint-Médard (Les Basques)	60729	Tadoussac	69744
Saint-Michel-du-Squatec	60918	Taschereau	68436
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup)	60816	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles)	69862
Saint-Moïse (La Matapédia)	60534	Témiscaming	68301
Saint-Narcisse-de-Rimouski	60712	Témiscaming (rés. indienne)	68389
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est)	69456	Trécesson	68432
Saint-Noël (La Matapédia)	60536	Trois-Pistoles	60821
Saint-Norbert-de-Mont-Brun	68437	Umiujaq (Baie-d'Hudson)	69847
Saint-Octave-de-Métis	60631	Val d'Or	68403
Saint-Onésime-d'Ixworth	61009	Val-Brillant	60524
Saint-Pacôme (Kamouraska)	61020	Val-Saint-Gilles	68471
Saint-Pascal	61018	Ville-Marie	68304
Saint-Paul-de-la-Croix	60812	Waskaganish (Fort-Rupert)	69885
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton	69736	Waswanipi (Terre Réservée)	69880
Saint-Philippe-de-Néri	61019	Waswanipi (Village Cri)	69810
Saint-Pierre-de-Lamy	60930	Wemindji (Village Cri)	69840
Saint-Raphaël-d'Alberville	60508	Whapmagoostui (Réserve indienne)	69888
Saint-René-de-Matane	60613	Whitworth (Réserve indienne)	60882
Saint-Siméon (Bonaventure)	60421	Winneway	68388
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		

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 gérodonologie, 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.

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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 175 \$ 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-vingt (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. 175,00

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

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

Dents permanentes

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

Dents primaires

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

Dent surnuméraire

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

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

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.

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

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

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

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

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

Examen d'urgence

2.4 L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé dentaire en raison d'une condition particulière qui selon le 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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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 23,50

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

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

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).

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 48,25

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

Radiographie

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

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 6,25

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 15,00

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 49,00

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 6,25

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 Le dentiste utilise le **code spécifique** lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie :

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

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

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 :

Régulier	Code Spécifique			Numéro de surface		
21231	21911	Amalgame	Classe I	incisive linguale	89 . . .	32,25
21231	21911				92 . . .	32,25
21232	21912		Classe III	mésiale distale	90 . . .	66,00
21232	21912				91 . . .	66,00
23101	23901	Matériau esthétique	Classe I	incisive linguale	89 . . .	52,00
23101	23901				92 . . .	52,00
23103	23903		Classe III	mésiale distale	90 . . .	58,75
23103	23903				91 . . .	58,75
23104	23904		Classe IV	mésiale distale	95 . . .	105,50
23104	23904				96 . . .	105,50
23102	23902		Classe V	buccale linguale	93 . . .	52,00
23102	23902				94 . . .	52,00
23105	23905	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97 . . .	143,50
23108	23908	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87 . . .	143,50

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

AVIS : Depuis le 1^{er} avril 2003, vous devez facturer le montant selon le tarif applicable pour chaque code d'acte d'obturation dispensé sur une dent antérieure. Toutefois, la combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne doit pas excéder les honoraires correspondant aux codes d'acte 23105 ou 23905 (reconstitution complète du tiers incisif). La Régie fera elle-même le total des honoraires auxquels vous avez droit et ajustera le montant, s'il y a lieu.

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

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En amalgame

Molaire primaire

21999		– valeur de base	16,50
code régulier	code spécifique		
21101	21901	– une surface	14,50
21102	21902	– deux surfaces	48,25
21103	21903	– trois surfaces	61,50
21104	21904	– quatre surfaces	83,25
21105	21905	– cinq surfaces	111,75

Prémolaire

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

Molaire permanente

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

En matériau esthétique

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****Tenon par restauration**

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

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

Couronne préfabriquée

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

Code régulier Code spécifique

27421	27921	sur antérieure primaire	94,25
--------------	--------------	-----------------------------------	-------

Métallique

Code régulier Code spécifique

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

Recimentation d'une couronne préfabriquée

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.	38,50
--------------	--	-------

ENDODONTIE

AVIS : *Les services d'endodontie sont considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de dix ans. Ces services sont également considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte 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-vingt (180) jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

31111 Pansement sédatif 30,25

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 les règles d'application 1.4 pour la rémunération de l'anesthésie générale et 4.2 pour l'utilisation des codes spécifiques.*

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.

Code régulier Code spécifique

32211 32911 Pulpotomie sur dent primaire 51,50

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.

Code régulier Code spécifique

32310 32910 Pulpectomie sur dent primaire 51,50

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****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.

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

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

33501	Un canal	154,00
33502	Deux canaux	186,00
33503	Trois canaux	279,00
33504	Quatre canaux et plus	339,00

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

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

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

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

33001	Un canal	274,00
33002	Deux canaux	361,00
33003	Trois canaux	463,00
33004	Quatre canaux et plus	537,00

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

+33999	Traitement de canal partiel sur dent permanente	60,75
---------------	---	-------

TRAITEMENT D'URGENCE

+39910	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	25,25
---------------	--	-------

CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

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.

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.

75994	Durée anesthésique de 6 à 8 heures au total.	1 730,00
75995	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total.	1 978,00
75996	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total.	2 472,00
75997	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)

	sous anesthésie locale ou régionale :	
71101	première dent	45,25
71111	chaque dent additionnelle	29,00
	sous anesthésie générale :	
71401	première dent	45,25
71411	chaque dent additionnelle	29,00

Ablation complexe de dent

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

72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	97,00
72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	97,00
72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	142,00

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

72230	entièrement couverte	192,00
	partiellement couverte :	
72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale .	215,00
72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée .	192,00

Ablation de racine

AVIS : Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de dix 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	41,00
72311	chaque dent additionnelle	29,00
	sous anesthésie générale :	
72351	première dent	41,00
72361	chaque dent additionnelle	29,00

Ablation complexe de racine dentaire

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

72320	ablation complexe de racine dentaire nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture (une ou plusieurs racines d'une même dent)	72,25
-------	--	-------

Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire incluant les substances alloplastiques (à l'exception de l'ablation d'attelle et d'implants dentaires)

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

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	350,00
72411	sans appareil de traction	151,00

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	36,50
75101	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain	145,50
75200	incision extra-orale d'un abcès	145,50
75220	drainage d'urgence d'un abcès parodontal	36,50

Traitement des ostéites

	Alvéolite (une ou plusieurs) traitement par séance	
79615	sans anesthésie	20,75
79616	avec anesthésie	28,00
	Ostéomyélite traitement non chirurgical (prestation comprise dans celle de l'examen) traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
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.*

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****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	
04311	par ponction	28,25
04312	par incision	102,75
	tissu mou	
04301	par ponction	20,25
04302	par incision	31,50
04330	biopsie cervicale par voie externe	101,00

Ablation de tumeur

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

	tissu mou	
74101	1 cm et moins	147,25
74102	plus de 1 cm à 2 cm	220,75
74103	plus de 2 cm à 3 cm	316,00
74104	plus de 3 cm à 4 cm	406,00
74105	plus de 4 cm à 6 cm	532,50
74106	plus de 6 cm à 9 cm	751,25
74107	plus de 9 cm	881,00
	tissu osseux	
74111	1 cm et moins	220,75
74112	plus de 1 cm à 2 cm	316,00
74113	plus de 2 cm à 3 cm	406,00
74114	plus de 3 cm à 4 cm	496,75
74115	plus de 4 cm à 6 cm	626,75
74116	plus de 6 cm à 9 cm	841,00
74117	plus de 9 cm	995,75

Mandibulectomie

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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

Maxillectomie**AVIS :** Voir la règle d'application 6.5.

partielle

75551	3 cm et moins	311,75
75552	plus de 3 cm à 6 cm	345,25
75553	plus de 6 cm à 9 cm	383,25
75554	plus de 9 cm à 12 cm	425,50
75555	plus de 12 cm à 15 cm	454,50
75556	plus de 15 cm	496,75
75560	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;

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

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes**

avec greffe épidermique

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

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

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

73371	3 cm et moins	321,50
73372	plus de 3 cm à 6 cm	362,50
73373	plus de 6 cm à 9 cm	425,50
73374	plus de 9 cm	517,50

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

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

77505	ablation des apophyses géni	148,25
--------------	---------------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale)	181,75
--------------	---	--------

AVIS : Voir la règle d'application 6.15.

73220	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'effectuée dans une séance différente ou dans un site différent d'une ablation de dent.

Elle peut toutefois être rémunérée lorsqu'effectuée dans la même séance et au même site qu'une ablation de dent lorsqu'il y a malformation osseuse nécessitant l'alvéolectomie; en ce cas, le 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.

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

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

73150	réduction muqueuse	65,25
73158	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu)	148,25
73159	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu)	185,00
73160	extension de la rétotubérosité (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.

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

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.

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

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

AVIS : Voir les règles d'application 6.5 et 6.15.

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	122,00

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	83,50
42011	4 dents à 6 dents	124,75
42012	7 dents à 9 dents	187,00
42013	10 dents à 12 dents	252,00
42014	13 dents à 15 dents	313,00
42015	16 dents et plus	367,00

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)	36,50
--------------	--	-------

Contrôle d'hémorragie

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

79405	par substance hémostatique et compression, par séance	20,75
79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire), par séance	42,75

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

AVIS : Voir la règle d'application 6.5.

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.

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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes****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 (neurorraphie)	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 défectuosité 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.

	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 ²	242,50
74449	plus de 9 cm ²	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

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

Maxillaire

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

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

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

	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

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

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.*

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)	120,00

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

76940	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	132,00
--------------	---	--------

AVIS : *Inscrire 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.*

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)	
76135	maxillaire (maximum 4)	64,50
76136	mandibulaire (maximum 3)	64,50
	mise en place d'une plaque de reconstruction	
76154	3 à 6 cm	324,75
76156	plus de 6 cm	541,25
76115	prothèse acrylique ou « cap splint », attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire)	108,00
76104	arche (une ou plusieurs par maxillaire)	108,00
76192	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)	
79984	maxillaire (maximum 4)	39,25
79985	mandibulaire (maximum 3)	39,25
79986	prothèse acrylique ou « cap splint » attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire)	25,50
79987	arche (une ou plusieurs par maxillaire)	25,50
79989	broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site)	127,75

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

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

Arthroscopie

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

Ostéotomie

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

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

PROTHÈSE ACRYLIQUE

AVIS : Ces services ne sont assurés que pour les prestataires d'une d'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 : Référez 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	633,00
51110	inférieure	816,00
51120	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	531,00

B) REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

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

Complète

51101	supérieure	633,00
51111	inférieure	816,00
51121	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	531,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	194,00
56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	194,00

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

55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	49,00
55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	49,00
55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	105,25
55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	105,25

AVIS : *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202).*

L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.

D) AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

55520	Maxillaire supérieur	105,25
55530	Maxillaire inférieur	105,25

AVIS : *L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Dentistes**

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

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

Complète

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

Partielle

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

Les services dentaires assurés

(Depuis le 15-05-92)

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

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

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

*** Centre hospitalier ou établissement universitaire.

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

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).

