



# MANUEL DES DENTISTES

## MISE À JOUR 45

Février 2013

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

---

### SOMMAIRE

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

#### ENTENTE

- Modification due au renouvellement l'Entente-Cadre (2010-2015)

**Pages :** [7](#), [22](#), [26](#), [28](#), [29](#), [32](#), [33](#), [35](#), [36](#), [37](#), [41](#), [44](#), [46](#), [48](#), [50](#), [54](#), [59](#), [60](#), [63](#), [66](#), [69](#), [73](#), [81](#), [83](#), [85](#), [88](#)

- Ajout de l'annexe XIII

**Pages :** [98](#) et [99](#)

#### LETTRES D'ENTENTE

- Ajout administratif

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

- Ajout des lettres d'entente n<sup>os</sup> 12 à 15

**Pages :** [10](#) à [14](#)

- Ajout de la lettre d'intention n<sup>o</sup> 1

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

#### ENTENTES PARTICULIÈRES

- Modification des taux annuels de rémunération des dentistes à honoraires fixes et à tarif horaire

**Pages :** [2](#), [3](#) et [5](#)

#### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modification d'ordre administratif

- L'annexe IV *FORMULAIRE DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES* est modifié

**Pages :** [1](#), [8](#), [9](#), [10](#), [12](#) à [16](#), [25](#), [27](#) et [28](#)

## **RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES**

- Modification d'ordre administratif

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

## **RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE**

- Modification d'ordre administratif

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

## **PAIEMENT À L'ACTE**

- Modification d'ordre administratif
- Nouveaux messages explicatifs n<sup>os</sup> 418 et 475
- Retrait des messages explicatifs n<sup>os</sup> 461, 471 et 495

**Pages :** [6](#), [15](#), [17](#) et [18](#)

## **MESURES INCITATIVES**

- Modification d'ordre administratif

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

## **RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**

- Modification de tarif
- Modification d'ordre administratif

**Pages :** [2](#) à [9](#), [11](#) à [15](#), [17](#) à [25](#), [27](#), [29](#), [30](#), [32](#) et [33](#)

## **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, 261 / 2013-02-07 et 279 / 2013-03-08

## 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** 





**MANUEL  
DES DENTISTES  
(n° 200)**

*Régie de  
l'assurance maladie*

**Québec**    
 

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

**Coordination**

Direction des services à la clientèle professionnelle

**Publication**

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

ISBN : 978-2-550-65744-6

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
ENTENTE CADRE . . . . .	<b>1</b>
ENTENTE . . . . .	<b>1</b>
CHAPITRE I	
Définitions et champ d'application . . . . .	<b>2</b>
CHAPITRE II	
Sécurité syndicale . . . . .	<b>3</b>
CHAPITRE III	
Activités professionnelles . . . . .	<b>5</b>
CHAPITRE IV	
Conditions d'exercice et de rémunération en établissement . . . . .	<b>7</b>
CHAPITRE V	
Mode de participation au régime et conditions relatives à la rémunération . . . . .	<b>15</b>
CHAPITRE VI	
Assurances . . . . .	<b>20</b>
CHAPITRE VII	
Différend et arbitrage . . . . .	<b>20</b>
CHAPITRE VIII	
Comité paritaire . . . . .	<b>24</b>
CHAPITRE IX	
Comité spécial . . . . .	<b>24</b>
CHAPITRE X	
Modifications à l'entente . . . . .	<b>25</b>
CHAPITRE XI	
Consultations . . . . .	<b>25</b>
CHAPITRE XII	
Annexes et intégration à l'entente . . . . .	<b>26</b>
CHAPITRE XIII	
Renouvellement . . . . .	<b>26</b>
CHAPITRE XIV	
Entrée en vigueur et durée . . . . .	<b>26</b>
ANNEXE I	
Liste des articles et paragraphes qui lient tout établissement . . . . .	<b>27</b>
ANNEXE II	
Taux de rémunération à honoraires fixes et taux du tarif horaire . . . . .	<b>28</b>
ANNEXE III	
Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation . . . . .	<b>30</b>

	<i>Page</i>
ANNEXE IV Formule de différend . . . . .	31
ANNEXE V Avantages sociaux . . . . .	32
ANNEXE VI Règles d'application du tarif . . . . .	81
ANNEXE VII Conditions d'application du tarif . . . . .	81
ANNEXE VIII Mesures incitatives pour favoriser la répartition des dentistes . . . . .	82
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE L'ANNEXE VIII DE L'ENTENTE MSSS - ACDO . . . . .	90
ANNEXE IX Concernant le versement de divers montants forfaitaires . . . . .	91
ANNEXE X Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte . . . . .	94
ANNEXE XI Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte . . . . .	95
ANNEXE XII Concernant le versement de divers montants forfaitaires . . . . .	96
# ANNEXE XIII Concernant le versement de la rétroactivité dans le cadre du renouvellement de l'Entente-cadre (2010-2015) . . . . .	98
 <b>LETTRES D'ENTENTE</b>	
Lettres d'entente n <sup>os</sup> 1 et 2 . . . . .	1
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 3 . . . . .	2
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 4 . . . . .	3
Lettres d'entente n <sup>os</sup> 5 et 6 . . . . .	4
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 7 ( <i>abrogée Amendement n<sup>o</sup> 2</i> ) . . . . .	5
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 8 . . . . .	6
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 9 . . . . .	8
Lettre d'entente n <sup>o</sup> 10 . . . . .	9
# Lettre d'entente n <sup>o</sup> 11 . . . . .	10
# Lettre d'entente n <sup>o</sup> 12 . . . . .	11
# Lettre d'entente n <sup>o</sup> 13 . . . . .	12
# Lettre d'entente n <sup>o</sup> 14 . . . . .	14
# Lettre d'entente n <sup>o</sup> 15 . . . . .	15
# Lettre d'intention n <sup>o</sup> 1 . . . . .	15
 <b>ENTENTES PARTICULIÈRES</b>	
Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord . . . . .	1
Annexe à l'entente particulière . . . . .	7



## 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 . . . . .	10
2. PERSONNES ASSURÉES . . . . .	1
2.0 AVANT-PROPOS . . . . .	1
2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÉGLEMENT 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> ) . . . . .	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE . . . . .	2
3.2.1 Identité de la personne assurée . . . . .	2
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissi- bles aux services de chirurgie buccale . . . . .	2
3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours . . . . .	3
3.2.2 Identité des professionnels . . . . .	5
3.2.2.1 Dentiste traitant . . . . .	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation . . . . .	6
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et considéra- tion spéciale . . . . .	7
3.2.3.1 Diagnostic principal . . . . .	7
3.2.3.2 Renseignements complémentaires . . . . .	7
3.2.3.3 Considération spéciale (C.S.) . . . . .	8

	<i>Page</i>
3.2.4 Services . . . . .	<b>9</b>
3.2.4.1 Date des services . . . . .	<b>9</b>
3.2.4.2 Inscription des services . . . . .	<b>9</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>11</b>
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable . . . . .	<b>12</b>
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale . . . . .	<b>13</b>
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale . . . . .	<b>15</b>
3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement . . . . .	<b>16</b>
3.2.4.8 Document complémentaire ( <i>formulaire n° 1944</i> ) . . . . .	<b>17</b>
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus . . . . .	<b>18</b>
3.2.6 Signature du dentiste ou de son mandataire . . . . .	<b>19</b>
3.3 EXPÉDITION . . . . .	<b>19</b>
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire n° 2076</i> ) . . . . .	<b>20</b>
3.5 ANNEXES . . . . .	<b>21</b>
ANNEXE I Liste des rôles . . . . .	<b>21</b>
ANNEXE II Liste des modificateurs . . . . .	<b>22</b>
ANNEXE III Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification . . . . .	<b>24</b>
ANNEXE IV Formulaire « Demande de prothèses dentaires acryliques » . . . . .	<b>26</b>
ANNEXE V Numéro d'établissement . . . . .	<b>28</b>
ANNEXE VI Numérotation des dents . . . . .	<b>29</b>
ANNEXE VII Liste des cliniques privées d'anesthésie générale . . . . .	<b>30</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'ACTIVITÉS.....	<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'ACTIVITÉS.....	<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>
<b>#7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2012-2013) .....</b>	<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>
<b>#8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2012-2013) .....</b>	<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 (2012-2013) .....	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>7</b>
RESTAURATION.....	<b>8</b>
ENDODONTIE .....	<b>13</b>
TRAITEMENT D'URGENCE.....	<b>13</b>
CHIRURGIE .....	<b>15</b>
PROTHÈSE ACRYLIQUE .....	<b>32</b>
TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRES ASSURÉS .....	<b>35</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>
# 14.4.1 Manuel sur Internet .....	<b>1</b>
# 14.4.2 Manuel papier et commande.....	<b>1</b>
14.2 FORMULAIRES .....	<b>1</b>
# 14.4.1 Formulaires sur Internet.....	<b>1</b>
# 14.4.2 Formulaires papier.....	<b>1</b>
# 14.4.3 Commande.....	<b>1</b>

**9.07** Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens relève du Conseil d'administration et répond à ce dernier. Sous l'autorité directe du Conseil d'administration, il exerce les activités prévues aux paragraphes 9.02 et 9.06.

**9.08** Dans un établissement où il n'y a pas de directeur des services professionnels, les pouvoirs prévus au paragraphe 9.03 appartiennent au directeur général ou son représentant et ils sont exercés par ces derniers en conformité du paragraphe 9.05.

En ce même cas, le directeur général ou son représentant se substitue au directeur des services professionnels aux fins du paragraphe 9.06.

**9.09** Lorsqu'il n'y a pas de département ou de service dentaire dans un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier où exercent des dentistes, un dentiste nommé par le Conseil d'administration après consultation des dentistes ou à défaut des médecins de l'établissement assume le rôle et les responsabilités dévolus au chef du département dentaire par les paragraphes 9.05 et 9.06.

**9.10** Dans un établissement autre qu'un centre hospitalier où existe un département ou un service dentaire, le chef de ce département ou service est nommé par le Conseil d'administration après consultation des dentistes du département ou service. Tel chef est un dentiste nommé pour une période d'au plus quatre (4) ans.

## **CHAPITRE IV CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION EN ÉTABLISSEMENT**

### **10.00 CONDITIONS DE NOMINATION ET DE RENOUVELLEMENT DE NOMINATION**

**10.01** Un dentiste doit, pour exercer sa profession dans un établissement, être titulaire d'une nomination décernée par cet établissement ou d'une autorisation qui y supplée en vertu du paragraphe 11.01.

Sous réserve du paragraphe 10.14, l'exercice de la profession dans un établissement comprend la participation du dentiste aux activités et programmes de santé de cet établissement qui s'appliquent en dehors du cadre physique de l'établissement à l'exception d'un cabinet privé, lorsqu'il agit en sa qualité de titulaire d'une nomination de cet établissement.

Toute nomination à honoraires fixes ou à tarif horaire décernée par un établissement doit être autorisée par le Ministre.

La procédure relative aux autorisations de nomination par le Ministre ne s'applique pas au renouvellement de nomination.

# **AVIS :** *Veillez soumettre vos demandes d'autorisation au ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante :*

*Madame Julie Simard*

*Ministère de la Santé et des Services sociaux*

*Direction des professionnels de la santé et du personnel d'encadrement*

*1005, Chemin Sainte-Foy, 4<sup>e</sup> étage*

*Québec (Québec) G1S 4N4*

*Télécopieur : 418 266-8444*

**10.02** Le dentiste jouit du statut et des privilèges qui lui sont accordés par le Conseil d'administration après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, s'il y en a un.

**10.03** Lorsqu'il n'y a pas de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans un établissement, la nomination du dentiste et l'attribution à ce dernier du statut et des privilèges sont effectuées par le Conseil d'administration après consultation des dentistes ou, s'il n'y en a pas, des médecins.

**10.04** Un dentiste désirant exercer sa profession dans un établissement doit adresser au directeur général une demande de nomination selon le modèle prescrit.

Le Conseil d'administration transmet au candidat une décision écrite dans les quarante-vingt-dix (90) jours de la réception de la demande originale par le directeur général.

**10.05** Le Conseil d'administration peut refuser une candidature. Le refus doit être motivé et se fonder uniquement sur les critères établis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Dans sa décision, le Conseil d'administration tient compte du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de dentistes autorisé, des ressources disponibles, des exigences propres à l'établissement. Le Conseil d'administration peut fonder son refus sur le fait que le dentiste a, au cours des trois années précédentes, omis de donner à ce conseil le préavis exigé par le paragraphe 10.15. Le Conseil d'administration peut aussi fonder son refus sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

**10.06** Le renouvellement ou le non-renouvellement de nomination, le changement de statut ou de privilèges, la réinstallation ou le congédiement d'un dentiste est décidé par le Conseil d'administration après consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou, s'il n'y a pas de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des dentistes de l'établissement ou, s'il n'y en a pas, des médecins.

Tout refus de renouvellement de nomination, de statut ou de privilèges, doit être motivé et se fonder uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite ou l'inobservance des règlements, eu égard aux exigences propres à l'établissement et le non-respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.

Tout congédiement ou tout refus de réinstallation doit être motivé et se fonder uniquement sur l'une des causes énumérées à l'alinéa précédent ou sur le non-respect des termes apparaissant à la résolution de sa nomination.

**10.07** La nomination d'un dentiste et l'attribution à ce dernier de ses statuts et privilèges sont pour une durée maximale de trois (3) ans. Le renouvellement d'une nomination est pour une durée minimale de deux (2) ans, à moins que la demande de renouvellement vise une durée inférieure à deux (2) ans.

**10.08** L'avis de renouvellement doit faire état de toute modification du nombre d'heures que comporte l'avis de nomination. S'il y a augmentation du nombre d'heures autorisées, le troisième (3<sup>e</sup>) alinéa du paragraphe 10.01 s'applique.

**AVIS :** *L'augmentation du nombre d'heures nécessite l'autorisation du Ministre.*

**10.09** Les effectifs dentaires dans un établissement sont déterminés par le Conseil d'administration après consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.



### 23.00 PARTIES AU DIFFÉREND OU À L'ARBITRAGE

**23.01** Un dentiste seul ou par l'entremise de l'Association, peut soulever un différend en contestation d'une décision de la Régie, d'un établissement ou du Ministre.

L'Association peut aussi, de son propre chef, soulever un différend, sauf dans le cas prévu au paragraphe 23.04.

**23.02** La partie contre laquelle est soulevé un différend est réputée mandataire des deux autres parties non mises en cause aux fins de l'obtention de tous renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou d'arbitrage et de l'exécution de la décision du conseil d'arbitrage.

**23.03** L'établissement contre lequel est soulevé un différend est représenté par son directeur général ou le délégué nommé à cette fin par son conseil d'administration.

Est imputable à l'établissement l'acte ou la décision:

- a) du Conseil d'administration de cet établissement;
- b) d'un organisme relevant de l'autorité du Conseil d'administration, y compris le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- c) d'un responsable relevant de l'autorité du Conseil d'administration.

**23.04** Lorsqu'un dentiste a déjà, soit par lui-même ou par l'entremise de l'Association, soulevé un différend, l'Association ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du même dentiste, un différend ayant la même cause et le même objet.

**23.05** Le Ministre ou l'Association peut, en tout temps, intervenir de leur propre chef dans tout différend.

### 24.00 PROCÉDURE DE DIFFÉREND

**24.01** La partie qui désire soulever un différend doit présenter son différend, par écrit, à la partie en cause dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend si la partie en cause est le Ministre ou la Régie, et trois (3) mois si la partie en cause est l'établissement. Cet écrit doit contenir un exposé sommaire des faits et du redressement réclamé.

Dans les trente (30) jours qui suivent la réception du différend, la partie visée au différend donne par écrit sa réponse. Copie du différend et de la réponse doit être transmise au Ministre et à l'Association, à moins qu'ils ne soient parties du différend, dans les délais prévus ci-dessus.

**24.02** Si la partie qui soulève le différend n'est pas satisfaite de la réponse de la partie visée au différend ou si aucune réponse ne lui est donnée dans les délais prévus, elle peut référer le différend à l'arbitrage en donnant un avis à l'autre partie, sous pli recommandé, dans les quinze (15) jours suivant le délai prévu à l'étape précédente.

L'avis doit mentionner le nom de l'assesseur de la partie qui soulève le différend; copie de l'avis doit être transmise au Ministre et à l'Association, à moins qu'ils ne soient parties au différend.

Dans les quinze (15) jours qui suivent, l'autre partie procède également à la nomination de son assesseur et en informe par écrit la partie qui soulève le différend et également le Ministre et l'Association à moins qu'ils ne soient parties au différend.

**24.03** Un différend doit être présenté selon la formule apparaissant à l'annexe IV; à défaut, il comporte les renseignements essentiels permettant de saisir le sens et la portée du différend soumis ainsi que l'identité de la partie qu'il vise.

**24.04** Nonobstant le paragraphe 23.02, tout règlement intervenu entre le Ministre et l'Association au regard d'un différend soumis en vertu du présent chapitre est final et lie les parties au différend ou à l'arbitrage.

**24.05** L'Association peut déroger à la procédure prévue au paragraphe 24.01 et référer directement un différend à l'arbitrage selon la procédure prévue au paragraphe 24.02. En ce cas, la présentation de la demande d'arbitrage doit être faite dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend si la partie en cause est le Ministre ou la Régie, et trois (3) mois si la partie en cause est l'établissement. La partie visée au différend dispose d'un délai de quinze (15) jours pour la nomination de son assesseur.

**24.06** Les délais de présentation prévus aux paragraphes 24.01 et 24.05 sont de rigueur. L'inobservance du délai de quinze (15) jours prévu aux paragraphes 24.02 et 24.05 n'entraîne pas le rejet du différend si le Conseil d'arbitrage décide qu'il n'est pas indu.

## 25.00 REDRESSEMENT

**25.01** Le dentiste qui soulève un différend, seul ou par l'entremise de l'Association, ne peut réclamer un redressement que pour son propre bénéfice.

**25.02** L'Association qui soulève un différend de son propre chef peut réclamer tout redressement pour elle-même, pour un ou plusieurs dentistes ou pour l'ensemble des dentistes.

## 26.00 ARBITRAGE

**26.01** Le conseil d'arbitrage est composé d'un arbitre et de deux (2) assesseurs. Chacune des parties au différend désigne son assesseur.

+ **26.02** Dans les quinze (15) jours qui suivent le référé du différend à l'arbitrage, les assesseurs ou, à défaut, les parties au différend désignent un arbitre choisi parmi ceux dont les noms suivent :

M<sup>e</sup> Denis Nadeau;

M<sup>e</sup> Francine Lamy;

M<sup>e</sup> Nathalie Faucher.

Cet arbitre agit comme arbitre unique assisté d'assesseurs.

**26.03** À moins d'une convention expresse ou contraire entre les parties au différend, le défaut du Conseil d'arbitrage de procéder à l'audition dans un délai de soixante (60) jours suivant sa constitution, rend le conseil inhabile à siéger. Un nouveau conseil d'arbitrage est constitué par la nomination d'un nouvel arbitre suivant la procédure énoncée par le paragraphe 26.02 ou le cas échéant, celle prévue au paragraphe 26.04.

**26.04** À défaut par les assesseurs ou les parties de convenir de la désignation d'un arbitre dans le délai prescrit au paragraphe 26.02, celui-ci, à la demande de l'une des parties, est désigné par l'arbitre en chef à même la liste d'arbitres apparaissant au paragraphe 26.02.

## **CHAPITRE X MODIFICATIONS À L'ENTENTE**

### **31.00 MODIFICATIONS À L'ENTENTE**

**31.01** Le Ministre et l'Association peuvent d'un commun accord entreprendre des discussions en vue de modifier la présente entente.

**31.02** Un accord constaté par écrit, intervenu entre le Ministre et l'Association suite aux discussions entreprises, entre en vigueur à la date fixée à cet accord.

**31.03** Le Ministre et l'Association doivent, à la demande de l'un d'eux, entreprendre des discussions afin d'amender si nécessaire la présente entente, suite à l'entrée en vigueur d'une modification à une entente intervenue entre le Ministre et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec. Il en est de même si une modification aux lois ou règlements rend nécessaire une modification aux dispositions de la présente entente ou si telle modification a une implication sur les activités professionnelles du dentiste.

**31.04** Une partie qui désire se prévaloir du paragraphe 31.03 donne à l'autre partie un avis écrit d'au moins quinze (15) jours indiquant le motif de la rencontre et spécifiant la date, l'heure et l'endroit où ses représentants sont prêts à la rencontrer. Un tel avis est adressé sous pli recommandé.

## **CHAPITRE XI CONSULTATIONS**

### **32.00 CONSULTATIONS**

**32.01** Le Ministre convient de consulter l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute loi ou de tout règlement dont il recommande l'adoption ou la modification et de nature à affecter spécifiquement l'entente.

**32.02** Le Ministre consulte l'Association préalablement à l'adoption ou à la modification de toute formule qui peut ou doit être utilisée par un dentiste pour les fins de l'article 72 de la Loi et de ses règlements.

## CHAPITRE XII ANNEXES ET INTÉGRATION À L'ENTENTE

### 33.00 ANNEXES

**33.01** Les annexes sont parties intégrantes de la présente entente.

### 34.00 INTÉGRATION À L'ENTENTE

**34.01** Les parties conviennent que les tarifs qui seront convenus entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec relativement à la chirurgie seront intégrés à l'entente à l'exception des tarifs pour les actes suivants :

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

## CHAPITRE XIII RENOUVELLEMENT

### 35.00 RENOUVELLEMENT

**35.01** Dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant l'expiration de l'entente, l'une des parties peut donner à l'autre un avis d'au moins quinze (15) jours spécifiant la date, l'heure et le lieu où ses représentants sont prêts à la rencontrer pour le renouvellement de l'entente.

**35.02** La partie intéressée expédie à l'autre l'avis précité sous pli recommandé.

**35.03** Suite à l'avis, les négociations commencent et se poursuivent avec diligence et bonne foi.

## CHAPITRE XIV ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

### + 36.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

**36.01** L'entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2010 et se termine le 31 mars 2015.

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

## ANNEXE I

LISTE DES ARTICLES ET PARAGRAPHES  
QUI LIENT TOUT ÉTABLISSEMENT

## ARTICLES

1 à 5.07 inclusivement

7

8 à 8.05 inclusivement

9 à 18 inclusivement

20

22 à 28 inclusivement

31

35

36

## PARAGRAPHES

Au complet

.01 à .06 inclusivement

Au complet

Au complet

.01 et .02

Au complet

.02 \*

Au complet

Au complet

\* Pour autant qu'un établissement est concerné.

## ANNEXE II

### TAUX DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ET TAUX DU TARIF HORAIRE

#### 1.0 Taux de rémunération à honoraires fixes

- + 1.1 Les échelles de rémunération suivantes s'appliquent au dentiste rémunéré à honoraires fixes nommé à plein temps pour une période régulière de travail de trente-cinq (35) heures par semaine, au cours de la période ci-après indiquée :

#### Taux annuels de rémunération

Expérience *	2012-12-01 au 2013-03-31	2013-04-01 au 2014-03-31	À compter du 2014-03-31
Moins d'un (1) an	88 910 \$	90 466 \$	92 275 \$
Un (1) an et moins de deux (2) ans	91 456 \$	93 056 \$	94 917 \$
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	96 549 \$	98 239 \$	100 204 \$
Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	99 867 \$	101 615 \$	103 647 \$
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	103 227 \$	105 033 \$	107 134 \$
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	106 740 \$	108 608 \$	110 780 \$
Six (6) ans et plus	110 373 \$	112 305 \$	114 551 \$

\* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

À ces taux s'ajouteront, le cas échéant, les augmentations accordées aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux (2010-2015) en lien avec l'état des finances du Québec, et ce, selon les mêmes modalités que celles prévues dans les conventions collectives applicables à ces salariés.

- # **AVIS :** Les taux présentés dans le tableau ci-dessus **inclut** l'augmentation de 0,5 % accordée pour l'année 2012-2013.

1.2 Le taux annuel de rémunération est réduit de 50 % pour le dentiste rémunéré à honoraires fixes nommé à demi-temps, pour une période régulière de travail de dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine.

1.3 Le taux annuel de rémunération du dentiste rémunéré à honoraires fixes, avec qualité de plein temps, pour une période régulière d'activités professionnelles qui, sur base hebdomadaire, est supérieure à dix-sept heures et demie (17 1/2), mais inférieure

rière à trente-cinq (35) heures, correspond à la fraction que représente le nombre d'heures apparaissant à la période régulière d'activités professionnelles de ce dentiste, divisé par trente-cinq (35).

## 2.0 Taux du tarif horaire

2.1 La rémunération au tarif horaire couvre l'ensemble des activités professionnelles que le dentiste effectue pendant qu'il est rémunéré selon ce mode.

- + 2.2 Les taux du tarif horaire sont les suivants et les modificateurs apparaissant ci-après s'appliquent :

Expérience *	Modificateurs	2012-12-01 au 2013-03-31	2013-04-01 au 2014-03-31	À compter du 2014-03-31
Moins d'un (1) an	80,6 %	67,49 \$	68,68 \$	70,05 \$
Un (1) an et moins de deux (2) ans	82,8 %	69,34 \$	70,55 \$	71,96 \$
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	87,5%	73,27 \$	74,56 \$	76,05 \$
Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	90,5 %	75,78 \$	77,12 \$	78,65 \$
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	93,5 %	78,30 \$	79,67 \$	81,26 \$
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	96,7 %	80,98 \$	82,40 \$	84,04 \$
Six (6) ans et plus	100,0 %	83,74 \$	85,21 \$	86,91 \$

\* **Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.**

À ces taux s'ajouteront, le cas échéant, les augmentations accordées aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux (2010-2015) en lien avec l'état des finances du Québec, et ce, selon les mêmes modalités que celles prévues dans les conventions collectives applicables à ces salariés.

- # **AVIS :** Les taux présentés dans le tableau ci-dessus **inclut** l'augmentation de 0,5 % accordée pour l'année 2012-2013.

2.3 Pour une année d'application, les modificateurs apparaissant ci-dessus s'appliquent au mode de rémunération au tarif horaire des activités professionnelles du dentiste, jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures.

## ANNEXE III

AVIS DE DÉSENGAGEMENT, DE RÉENGAGEMENT  
OU DE NON-PARTICIPATION

DATE . . . . .

Le Président-Directeur général  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case Postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

Monsieur,

Je soussigné, . . . . .  
(nom et prénom en lettres moulées)

professionnel de la santé exerçant ma profession à titre de :

- professionnel soumis à l'application d'une entente (. . . . .)
- professionnel désengagé (. . . . .)
- professionnel non-participant (. . . . .)

(pointez ( ✓ ) la mention utile)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à titre de :

- professionnel soumis à l'application d'une entente (. . . . .)
- professionnel désengagé (. . . . .)
- professionnel non-participant (. . . . .)

(pointez ( ✓ ) la mention utile)

le tout suivant la Loi de l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29).

. . . . .  
(Signature)

Profession . . . . .

Numéro du professionnel . . . . .

Adresse du professionnel

. . . . .  
no.

rue

ville

comté



ANNEXE IV
FORMULE DE DIFFÉREND

DATE .....

À :

partie en cause

Nom du dentiste : .....
Adresse du dentiste : .....
Numéro de téléphone : .....
Nom de l'Association : .....

Si le différend a pour objet un relevé :

Date : .....
Numéro de code : .....
Numéro du relevé : .....
Date du dernier état de compte sur lequel apparaît
le relevé objet du différend : .....

Numéro d'assurance maladie du bénéficiaire : .....

a) PREMIÈRE ÉTAPE : Nature du différend et exposé des faits :

Redressement réclamé :

Date :

b) Réponse à la première étape :

.....
Date .....
Par .....
Représentant .....

c) DEUXIÈME ÉTAPE :

À : .....
partie en cause

Compte tenu de la décision rendue, je demande que le présent différend pro-
cède à l'arbitrage

.....
Date .....

Le dentiste ou l'Association

Copie : Le Ministre
L'Association

## ANNEXE V

### AVANTAGES SOCIAUX

#### PRÉAMBULE

Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent au dentiste rémunéré à honoraires fixes qu'à compter de la date où il commence à exercer effectivement sa profession dans un établissement selon les modalités prévues à son avis de nomination et à l'avis qu'envoie l'établissement à la Régie aux termes du paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente.

#### ANNÉE

Dans la présente annexe, l'année se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année suivante, à moins que le contexte n'indique un sens différent.

#### + SERVICE

À l'exception des vingt (20) semaines de service requises pour avoir droit au congé de maternité rémunéré selon les dispositions des paragraphes 1.08, 1.09, 1.10 et 1.15 alinéa c), le service s'entend du nombre d'années ou parties d'années que le dentiste a accumulées alors qu'il détenait une nomination à honoraires fixes d'un établissement.

Pour fins d'application de l'alinéa précédent, un dentiste ne peut cumuler plus d'une (1) année de service pendant une période de douze (12) mois.

Tout dentiste qui a accumulé des années de service au sens des alinéas précédents, antérieurement au 1<sup>er</sup> mai 1983, se voit reconnaître les années ou parties d'années de service qu'il a ainsi accumulées antérieurement à cette date, à la condition d'en informer la Régie avant le 1<sup>er</sup> janvier 1990, par le biais d'une affirmation solennelle écrite.

#### DROITS PARENTAUX

##### Dispositions générales

Les indemnités du congé de maternité ou du congé pour adoption sont uniquement versées à titre de supplément aux prestations d'assurance parentale ou aux prestations d'assurance-emploi, selon le cas, ou dans les cas prévus ci-après, à titre de paiements durant une période d'absence pour laquelle le Régime québécois d'assurance parentale et le Régime d'assurance-emploi ne s'appliquent pas.

Les indemnités pour le congé de maternité et d'adoption ne sont toutefois versées que durant les semaines où le dentiste reçoit ou recevrait, s'il en faisait la demande, des prestations du Régime d'assurance parentale ou des prestations du Régime d'assurance-emploi.

Dans le cas où le dentiste partage avec l'autre conjoint les prestations d'adoption ou parentales prévues par le Régime québécois d'assurance parentale et par le Régime d'assurance-emploi, l'indemnité n'est versée que si le dentiste reçoit effectivement une prestation d'un de ces Régimes pendant le congé de maternité prévu à l'article 1.01 ou le congé pour adoption prévu à l'article 1.23.

La Régie peut demander au dentiste une attestation à l'effet qu'il ne reçoit aucune prestation d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Aux fins d'application des droits parentaux, on entend par conjointe ou conjoint, les personnes :

- a) qui sont mariées ou unies civilement et cohabitent;
- b) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;
- c) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un (1) an.

Lorsque les parents sont tous deux de sexe féminin, les indemnités et avantages octroyés au père sont alors octroyés à celle des deux mères qui n'a pas donné naissance à l'enfant.

La Régie ne rembourse pas au dentiste les sommes qui pourraient être exigées par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale en vertu de l'application de la *Loi sur l'assurance parentale*.

- + De même, la Régie ne rembourse pas au dentiste les sommes qui pourraient lui être exigées par Ressources humaines et Développement des compétences du Canada (RHDC) en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*, lorsque le revenu du dentiste excède une fois et quart (1¼) le maximum assurable.

## 1.00 CONGÉ DE MATERNITÉ

**1.01** Le dentiste visé par la paragraphe 1.08 a droit à un congé de maternité d'une durée de vingt et une (21) semaines qui, sous réserve du paragraphe 1.03, doivent être consécutives.

Le dentiste visé par le paragraphe 1.09 ou 1.10 a droit à un congé de maternité d'une durée de vingt (20) semaines qui, sous réserve du paragraphe 1.03, doivent être consécutives.

Le dentiste admissible à des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou du Régime d'assurance-emploi mais qui n'a pas complété vingt (20) semaines de service tel que prévu aux paragraphes 1.08 et 1.09 a également droit à un congé de vingt et une (21) semaines ou vingt (20) semaines, selon le cas.

Le dentiste visé par le paragraphe 1.10 a droit à un congé de vingt (20) semaines si elle n'a pas complété vingt (20) semaines de service tel que prévu à ce paragraphe.

Malgré les dispositions du paragraphe 4.13 alinéa c) de la présente annexe, le dentiste qui devient enceinte alors qu'elle bénéficie d'un congé sans rémunération prévu au présent article a aussi droit au congé de maternité et aux indemnités prévues aux paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 selon le cas.

Le dentiste a également droit à ce congé de maternité dans le cas d'une interruption de grossesse à compter du début de la vingtième (20<sup>e</sup>) semaine précédant la date prévue de l'accouchement.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 01.*

Le dentiste dont la conjointe décède se voit transférer le résiduel des semaines du congé de maternité et bénéficie des droits et indemnités s'y rattachant.

**AVIS :** *Cette disposition s'applique lorsque les deux conjoints sont des dentistes rémunérés à honoraires fixes. Utiliser le code de congé 12.*

**1.02** La répartition du congé de maternité, avant et après l'accouchement, appartient au dentiste et comprend le jour de l'accouchement. Ce congé est simultanément à la période de versement des prestations accordées en vertu de la *Loi sur l'assurance parentale* et doit débuter au plus tard la semaine suivant le début du versement des prestations accordées en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

**1.03** Lorsque le dentiste est suffisamment rétabli de son accouchement et que son enfant n'est pas en mesure de quitter l'établissement de santé, le dentiste peut suspendre son congé de maternité en reprenant ses activités professionnelles. Il est complété lorsque l'enfant intègre la résidence.

En outre, lorsque le dentiste est suffisamment rétabli de son accouchement et que son enfant est hospitalisé après avoir quitté l'établissement de santé, le dentiste peut suspendre son congé de maternité après entente avec son établissement, en reprenant ses activités professionnelles pendant la durée de cette hospitalisation.

Sur demande du dentiste, le congé de maternité peut être fractionné en semaines si son enfant est hospitalisé ou si le dentiste peut s'absenter pour cause de maladie ou d'accident non relié à la grossesse.

Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles le congé de maternité peut être suspendu est équivalent au nombre de semaines que dure l'hospitalisation. En cas d'absence du dentiste pour cause d'accident ou de maladie non reliée à la grossesse, le nombre de semaines de suspension du congé de maternité est celui correspondant au nombre de semaines complètes que dure la situation, sans toutefois excéder quinze (15) semaines.

Durant une telle suspension, le dentiste est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le dentiste bénéficie des avantages prévus aux paragraphes 1.21 B) et 1.21 C) durant cette suspension.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 62.*

Lors de la reprise du congé de maternité suspendu ou fractionné en vertu du paragraphe 1.03, la Régie verse au dentiste l'indemnité à laquelle elle aurait alors eu droit si elle ne s'était pas prévalu d'une telle suspension ou d'un tel fractionnement, et ce, pour le nombre de semaines qui reste à couvrir en vertu des paragraphes 1.08, 1.09 ou 1.10, selon le cas.

**1.04** Le congé de maternité peut être d'une durée moindre que celle prévue au paragraphe 1.01. Si le dentiste reprend ses activités professionnelles dans les deux (2) semaines suivant la naissance, elle produit, sur demande de l'établissement, un certificat médical attestant de son rétablissement suffisant pour reprendre ses activités professionnelles.

**1.05** Si la naissance a lieu après la date prévue, le dentiste a droit à une prolongation de son congé de maternité égale à la période de retard, sauf si elle dispose déjà d'une période d'au moins deux (2) semaines de congé de maternité après la naissance.

Le dentiste peut bénéficier d'une prolongation du congé de maternité si l'état de santé de son enfant ou l'état de santé du dentiste l'exige. La durée de cette prolongation est celle qui est indiquée au certificat médical qui doit être fourni par le dentiste.

Durant ces prolongations, le dentiste est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Durant ces périodes, le dentiste est visé par le paragraphe 1.11 pendant les six (6) premières semaines et par les paragraphes 1.21 B) et 1.21 C) par la suite.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 27 et joindre les pièces justificatives pertinentes à votre demande de paiement.*

**1.06** Le dentiste qui ne peut à cause de son état de santé reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de la période prévue au paragraphe 1.01 ou 1.05 est considéré comme étant absent pour cause de maladie et de ce fait, assujéti aux dispositions de l'article 8.00.

**AVIS :** *Veillez vous référer à l'avis administratif sous le paragraphe 8.02 a) i).*

### Préavis de départ

**1.07** Pour obtenir le congé de maternité, le dentiste doit donner un préavis écrit à la Régie et à l'établissement au moins deux (2) semaines avant la date du départ.

Ce préavis doit être accompagné d'un certificat médical ou d'un rapport écrit signé par une sage-femme, attestant de la grossesse et de la date prévue pour la naissance.

**AVIS :** *Veillez fournir à la Régie un certificat médical attestant de votre grossesse et de la date probable de l'accouchement, si ce dernier n'a pas été fourni antérieurement. Veillez également l'informer de la date de début de votre congé en expédiant une lettre au Service du règlement ou par le biais de votre demande de paiement en utilisant le code de congé 01.*

*Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service du règlement  
C.P. 500  
Québec (Québec) G1K 7B4*

Le délai de présentation du préavis peut être moindre si un certificat médical atteste que le dentiste doit cesser ses activités professionnelles plus tôt que prévu.

En cas d'imprévu, le dentiste est exempté de la formalité du préavis, sous réserve de la production à la Régie et à l'établissement d'un certificat médical attestant qu'elle devait cesser ses activités professionnelles sans délai.

### Indemnités et avantages

#### Indemnités prévues pour les dentistes admissibles au Régime québécois d'assurance parentale

**AVIS :** *Dans le but d'éviter les pénalités prévues, il est essentiel de faire votre demande de prestations au Régime québécois d'assurance parentale dès le début du congé de maternité sans attendre d'avoir en main le relevé d'emploi.*

- + **1.08** Le dentiste qui a accumulé vingt (20) semaines<sup>(1)</sup> de service et qui reçoit des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale, a également droit de recevoir de la Régie durant son congé de maternité, pendant les vingt et une (21) semaines de son congé de maternité, une indemnité égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire et le montant des prestations de congé de maternité ou parentales qu'elle reçoit, ou qu'elle pourrait recevoir si elle en faisait la demande du Régime québécois d'assurance parentale.

Cette indemnité se calcule à partir des prestations du Régime québécois d'assurance parentale qu'un dentiste a droit de recevoir sans tenir compte des montants soustraits de telles prestations en raison de remboursements de prestations, des intérêts, des pénalités et autres montants recouvrables en vertu de la *Loi sur l'assurance parentale*.

---

(1) Le dentiste absent accumule du service si son absence est autorisée, notamment pour invalidité, et comporte une prestation ou une rémunération.

Cependant, lorsque le dentiste exerce dans le cadre de la Régie de l'assurance maladie du Québec et travaille également pour un ou des employeurs hors Régie, l'indemnité est égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) du traitement de base versé par la Régie et le montant des prestations du Régime québécois d'assurance parentale correspondant à la proportion du traitement hebdomadaire qu'elle lui verse par rapport à la somme du traitement hebdomadaire versé par la Régie et l'ensemble des employeurs. À cette fin, le dentiste produit à la Régie et à chacun des employeurs un état du traitement hebdomadaire versé par chacun de ceux-ci en même temps que le montant des prestations qui lui sont payables en application de la Loi sur l'assurance parentale.

**AVIS :** *Lors de votre demande de congé de maternité à la Régie, veuillez fournir un état de traitement hebdomadaire versé par chacun de vos employeurs ainsi que le montant des prestations qui vous sont payables en application de la Loi sur l'assurance parentale.*

**1.08A** La Régie ne peut compenser, par l'indemnité qu'elle verse au dentiste en congé de maternité, la diminution des prestations du Régime québécois d'assurance parentale attribuable au traitement gagné auprès d'un employeur hors Régie ou à titre de travailleur autonome.

Malgré les dispositions de l'alinéa précédent, la Régie effectue cette compensation si le dentiste démontre que le traitement gagné est un traitement habituel. Si le dentiste démontre qu'une partie seulement de ce traitement est habituelle, la compensation est limitée à cette partie.

L'employeur qui verse le traitement habituel prévu par l'alinéa précédent doit, à la demande du dentiste, lui produire cette lettre.

Le total des montants reçus par le dentiste durant son congé de maternité, en prestations du Régime québécois d'assurance parentale, indemnité et rémunération, ne peut cependant excéder quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire.

#### **Indemnités prévues pour les dentistes non admissibles au Régime québécois d'assurance parentale mais admissibles au Régime d'assurance-emploi**

+ **1.09** Le dentiste qui a accumulé vingt (20) semaines de service et qui est admissible au Régime d'assurance-emploi sans être admissible au Régime québécois d'assurance parentale a droit de recevoir :

- a) pour chacune des semaines du délai de carence prévu au Régime d'assurance-emploi, une indemnité égale à quatre-vingt-treize pour cent (93 %)<sup>(2)</sup> de son traitement hebdomadaire;
- b) pour chacune des semaines qui suivent la période prévue à l'alinéa a), une indemnité égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire et la prestation de maternité ou parentale du Régime d'assurance-emploi qu'elle reçoit ou pourrait recevoir si elle en faisait la demande, et ce, jusqu'à la fin de la vingtième semaine du congé de maternité.

**AVIS :** *Dans le but d'éviter les pénalités prévues au Régime d'assurance-emploi (RAE), il est essentiel de faire votre demande de prestation RAE dès le début du congé de maternité sans attendre d'avoir en main le relevé d'emploi.*

---

(2) Quatre-vingt-treize pour cent (93 %) : ce pourcentage a été fixé pour tenir compte du fait que la salariée bénéficiaire, en pareille situation, d'une exonération des cotisations aux régimes de retraite et au Régime d'assurance parentale ou au Régime d'assurance-emploi laquelle équivaut en moyenne à sept pour cent (7 %) de son traitement.

Cette indemnité se calcule à partir des prestations d'assurance-emploi qu'un dentiste a droit de recevoir sans tenir compte des montants soustraits de telles prestations en raison des remboursements des prestations, des intérêts, des pénalités et autres montants recouvrables en vertu du Régime d'assurance-emploi.

Cependant, lorsque le dentiste travaille également auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic, des agences de santé et services sociaux, des organismes dont la loi prévoit que les normes et barèmes de rémunération sont déterminés conformément aux conditions définies par le gouvernement, de l'Office franco-québécois pour la jeunesse, de la Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires ainsi que tout autre organisme dont le nom apparaît à l'annexe C de la *Loi sur le Régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (L.R.O., c R-8.2), elle reçoit de chacun de ces employeurs une indemnité. Dans ce cas, l'indemnité est égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) du traitement versé par la Régie et le pourcentage des prestations d'assurance-emploi correspondant à la proportion du traitement hebdomadaire qu'elle lui verse par rapport à la somme du traitement hebdomadaire versé par la Régie et par l'ensemble des employeurs. À cette fin, le dentiste produit à la Régie et à chacun des employeurs un état de traitement hebdomadaire versé par chacun de ceux-ci en même temps que le montant du taux de prestations que lui verse Ressources humaines et Développement des compétences du Canada (RHDC).

- # **AVIS** : *Lors de votre demande de congé de maternité à la Régie, veuillez fournir un état de traitement hebdomadaire versé par chacun de vos employeurs ainsi que le montant du taux de prestations versé par Ressources humaines et Développement des compétences du Canada (RHDC).*

De plus, si RHDC réduit le nombre de semaines de prestations d'assurance-emploi auxquelles le dentiste aurait eu autrement droit si elle n'avait bénéficié de prestations d'assurance-emploi avant son congé de maternité, le dentiste continue de recevoir, pour une période équivalant aux semaines soustraites par RHDC, l'indemnité prévue par le premier alinéa du présent paragraphe b) comme si elle avait, durant cette période, bénéficié de prestations d'assurance-emploi.

Le paragraphe 1.08A s'applique au présent paragraphe en faisant les adaptations nécessaires.

### **Indemnités prévues pour les dentistes non admissibles au Régime québécois d'assurance parentale et au Régime d'assurance-emploi**

**1.10** Le dentiste non admissible aux bénéfices du Régime québécois d'assurance parentale et du Régime d'assurance-emploi est également exclu du bénéfice de toute indemnité prévue aux paragraphes 1.08 et 1.09, sous réserve des dispositions prévues aux sous-paragraphes qui suivent.

Toutefois, le dentiste à plein temps qui a accumulé vingt (20) semaines de service a droit à une indemnité égale à quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire, et ce, durant douze (12) semaines, si elle ne reçoit pas de prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

**AVIS** : *Lors de votre demande de congé de maternité à la Régie, veuillez fournir une pièce justificative confirmant votre non admissibilité au Régime québécois d'assurance parentale et au Régime d'assurance-emploi ainsi qu'une attestation à l'effet que vous ne recevez aucune prestation d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.*

Si le dentiste reçoit des prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire, elle a droit à une indemnité égale à 93 % de son traitement moins les prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Le dentiste à demi-temps ou le dentiste à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est inférieure à trente-cinq (35) heures qui a accumulé vingt (20) semaines de service a droit à une indemnité égale à 95 % de son traitement hebdomadaire, et ce, durant douze (12) semaines si elle ne reçoit pas de prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Si le dentiste reçoit des prestations d'un Régime des droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire, elle a droit à une indemnité égale à 95 % du traitement hebdomadaire moins les prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Si le dentiste à demi-temps ou à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est inférieure à 35 heures est exonéré des cotisations au régime de retraite et au Régime québécois d'assurance parentale, le pourcentage d'indemnité est fixé à quatre-vingt-treize pour cent (93 %).

### Avantages

**1.11** Durant le congé de maternité et les prolongations prévues au paragraphe 1.05 ou le congé d'adoption, le dentiste bénéficie, en autant qu'elle y ait normalement droit, des avantages suivants :

- assurances, à la condition qu'elle verse, le cas échéant, sa quote-part;
- accumulation de vacances;
- accumulation de l'expérience;
- accumulation des années de service.

Malgré les dispositions relatives au report des vacances prévues à l'article 2.00, le dentiste peut reporter au maximum quatre (4) semaines de vacances annuelles si celles-ci se situent à l'intérieur du congé de maternité ou d'adoption et si, au plus tard deux (2) semaines avant l'expiration dudit congé, elle avise par écrit le chef de département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, de la date de report.

La date du report doit se situer à la suite du congé de maternité ou d'adoption ou être soumise, dès le retour en fonction du dentiste, à l'approbation du chef de département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef, sous réserve de la nécessité d'une dispensation adéquate des soins dentaires.



- + **1.15** Dans les cas visés aux paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 :
- a) aucune indemnité ne peut être versée durant la période de vacances au cours de laquelle le dentiste est rémunéré;
  - b) l'indemnité due est versée par la Régie à intervalle de deux (2) semaines, le premier versement n'étant toutefois exigible, dans le cas du dentiste admissible au Régime québécois d'assurance parentale ou au Régime d'assurance-emploi, que trente (30) jours après l'obtention par la Régie d'une preuve qu'elle reçoit des prestations d'un de ces régimes. Aux fins du présent paragraphe, sont considérés comme preuves un état ou un relevé des prestations ainsi que les renseignements fournis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou par RHDCG au moyen d'un relevé officiel;
- AVIS** : *Fournir à la Régie la demande de paiement dûment remplie et signée au début du congé de maternité ainsi qu'une copie de l'état des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou le talon du premier versement d'assurance-emploi.*
- c) le service se calcule auprès de l'ensemble des établissements où le dentiste est rémunéré à honoraires fixes selon les dispositions de l'Entente. De plus, l'exigence de vingt (20) semaines de service requises en vertu des paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 est réputée satisfaite, le cas échéant, lorsque le dentiste a satisfait cette exigence auprès de l'un ou l'autre des établissements mentionnés au présent alinéa.

### Reprise des activités professionnelles

**1.16** L'établissement doit faire parvenir au dentiste, au cours de la quatrième (4<sup>e</sup>) semaine précédant l'expiration du congé de maternité ou d'adoption, un avis indiquant la date prévue de l'expiration de son congé de maternité ou d'adoption.

**1.17** Le dentiste à qui l'établissement a fait parvenir l'avis ci-dessus doit reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité ou d'adoption, à moins de prolonger celui-ci de la manière prévue au paragraphe 1.21 ou d'être sujet à l'application du paragraphe 1.06.

**1.18** Le dentiste qui ne reprend pas ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité ou son congé pour adoption est réputé en congé sans rémunération pour une période n'excédant pas quatre (4) semaines. Au terme de cette période, le dentiste qui ne réintègre pas ses fonctions est réputé y avoir mis fin à compter de cette date.

Ce congé sans rémunération est réputé être un congé non autorisé aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire selon la présente annexe.

L'établissement doit aviser la Régie sans délai de cette situation.

**1.19** Au retour du congé de maternité ou du congé pour adoption, le dentiste reprend ses activités professionnelles.

## DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À L'OCCASION DE LA GROSSESSE

**AVIS :** *Pour un retrait préventif approuvé par la CSST :*

- *Utiliser le code de congé 22 pour les trois (3) premières semaines complètes qui suivent immédiatement la date de cessation de travail et faire parvenir à la Régie une copie de l'attestation approuvée par cet organisme. La Régie paiera au dentiste son salaire habituel pendant les 5 premiers jours ouvrables et 90 % de son salaire net pour les 10 jours ouvrables suivants. Par la suite, la CSST versera directement les indemnités au dentiste.*

**Congés spéciaux**

**1.20** Le dentiste a droit à un congé spécial dans les cas suivants :

- a) lorsqu'une complication de grossesse ou un danger d'interruption de grossesse exige un arrêt de ses activités professionnelles pour une période dont la durée est prescrite par un certificat médical, ce congé spécial ne peut toutefois se prolonger au-delà du début de la quatrième (4<sup>e</sup>) semaine précédant la date prévue de l'accouchement, moment où le congé de maternité entre en vigueur;

**AVIS :** *Utiliser :*

- *le code de congé 10 pour un congé de moins de cinq (5) jours*
- *le code de congé 71 pour un congé de cinq (5) jours ou plus et joindre le certificat médical.*

- b) sur présentation d'un certificat médical qui en prescrit la durée, lorsque survient une interruption de grossesse naturelle ou provoquée légalement avant le début de la vingtième (20<sup>e</sup>) semaine précédant la date prévue de l'accouchement;

**AVIS :** *Utiliser :*

- *le code de congé 10 pour un congé de moins de cinq (5) jours*
- *le code de congé 71 pour un congé de cinq (5) jours ou plus et joindre le certificat médical.*

- c) pour les visites reliées à la grossesse effectuées chez un médecin et attestées par un certificat médical.

**AVIS :** *Utiliser :*

- *le code de congé 21 et joindre le certificat médical. Préciser la date prévue de l'accouchement, lors de la première visite.*

Dans le cas des visites visées à l'alinéa c), le dentiste bénéficie d'un congé spécial rémunéré jusqu'à concurrence d'un maximum de quatre (4) jours. Ces congés spéciaux sont payés à raison d'un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 du présent article. Ils peuvent néanmoins être pris par demi-journée et sont dès lors payés à raison d'un dixième (1/10) du traitement hebdomadaire mentionné précédemment. Ces congés ne peuvent en aucun cas être reportés d'une grossesse à l'autre. Durant un des congés spéciaux visés au présent paragraphe, le dentiste bénéficie des avantages prévus au paragraphe 1.11 en autant qu'elle y ait normalement droit. Au terme de ce congé, elle reprend ses activités professionnelles. De plus, le dentiste visé aux alinéas a), b) et c) du présent paragraphe peut également se prévaloir des bénéfices du Régime d'assurance-invalidité. Cependant, dans le cas de l'alinéa c), le dentiste doit d'abord avoir épuisé les quatre (4) jours prévus ci-dessus.

**Congé sans rémunération et congé partiel sans rémunération**

**1.21 A)** Le dentiste a droit à l'un des congés suivants :

- un congé sans rémunération d'une durée de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé de maternité prévu au paragraphe 1.01;
- un congé sans rémunération d'une durée de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé de paternité prévu au paragraphe 1.22;
- un congé sans rémunération d'une durée de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.23.

**AVIS :** *Lors d'un congé TOTAL, sans rémunération, utiliser le code de congé 29 (congé sans rémunération - congé de maternité) ou 35 (congé sans rémunération - paternité) ou 36 (congé sans rémunération - adoption) et informer la Régie de la période.*

Le dentiste à demi-temps a également droit à ce congé sans rémunération.

Le dentiste à plein temps qui ne se prévaut pas de ce congé sans rémunération a droit à un congé partiel sans rémunération établi sur une période maximale de deux (2) ans.

**AVIS :** *Lors d'un congé PARTIEL, sans rémunération, informer la Régie par lettre de la période et du nombre d'heures consacrées aux activités professionnelles, durant ce congé.*

Le dentiste ne peut en aucun cas réduire sa période d'activités professionnelles à moins de dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine; il est alors considéré, pour les fins de l'annexe V, comme détenant la qualité de plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles est inférieure à trente-cinq (35) heures par semaine ou, le cas échéant, comme détenant la qualité de demi-temps.

Ces congés sans rémunération sont accordés à la suite d'une demande écrite présentée au chef de département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, au moins trente (30) jours à l'avance en précisant la date de la reprise de ses activités professionnelles.

Pendant la durée de ce congé, le dentiste est autorisé, suite à une demande écrite présentée au moins trente (30) jours à l'avance au chef de département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, à une (1) modification de son congé sans rémunération en un congé partiel sans rémunération ou l'inverse, selon le cas.

Le dentiste qui veut mettre fin à son congé sans rémunération avant la date prévue doit donner un préavis écrit à la Régie et au chef de département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, de son intention au moins trente (30) jours avant son retour.

**1.21 B)** Au cours du congé sans rémunération accordée en vertu de l'article 1.21 A), le dentiste conserve son expérience et continue de participer au Régime d'assurance maladie de base qui lui est applicable en versant sa quote-part des primes pour les cinquante-deux (52) premières semaines du congé et la totalité des primes pour les semaines suivantes. De plus, le dentiste peut continuer à participer aux autres Régimes complémentaires d'assurances qui lui sont applicables en faisant la demande au début du congé et en versant la totalité des primes.

+ **1.21 C)** Sous réserve d'une disposition expresse dans l'Entente, au cours du congé sans rémunération ou du congé partiel sans rémunération, le dentiste accumule son expérience, aux fins de la détermination de sa rémunération jusqu'à concurrence des cinquante-deux (52) premières semaines d'un congé sans rémunération ou partiel sans rémunération.

**1.21 D)** Le dentiste peut prendre sa période de vacances annuelles reportées immédiatement avant son congé sans rémunération ou partiel sans rémunération pourvu qu'il n'y ait pas de discontinuité avec son congé de paternité, son congé de maternité ou son congé pour adoption, selon le cas.

**1.21 E)** Au retour de son congé sans rémunération, le dentiste reprend ses activités professionnelles.

### **Autres congés parentaux**

#### **Congé de paternité**

**1.22** Le dentiste a droit à un congé avec rémunération d'une durée maximale de cinq (5) jours ouvrables à l'occasion de la naissance de son enfant. Le dentiste a également droit à ce congé en cas d'interruption de la grossesse survenue à compter du début de la vingtième semaine précédant la date prévue de l'accouchement. Ce congé peut être discontinu et doit se situer entre le début du processus d'accouchement et le quinzième jour suivant le retour de la mère ou de l'enfant à la maison.

Un des cinq (5) jours peut être utilisé pour le baptême ou l'enregistrement.

La dentiste, dont la conjointe accouche, a également droit à ce congé si elle est désignée comme étant l'une des mères de l'enfant.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 23.*

**1.22 A)** À l'occasion de la naissance de son enfant, le dentiste a aussi droit à un congé de paternité sans rémunération d'au plus cinq (5) semaines qui, sous réserve des paragraphes 1.22 B) et 1.22 C), doivent être consécutives. Ce congé doit se terminer au plus tard à la fin de la cinquante-deuxième semaine suivant la semaine de la naissance de l'enfant.

La dentiste, dont la conjointe accouche, a également droit à ce congé si elle est désignée comme étant l'une des mères de l'enfant.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 63.*

**1.22 B)** Lorsque son enfant est hospitalisé, le dentiste peut suspendre son congé de paternité, après entente avec son établissement, en retournant au travail pendant la durée de cette hospitalisation.

**1.22 C)** Sur demande du dentiste, le congé de paternité peut être fractionné en semaines si son enfant est hospitalisé ou si le dentiste doit s'absenter pour cause d'accident ou de maladie.

Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles le congé de paternité peut être suspendu est équivalent au nombre de semaines que dure l'hospitalisation. En cas d'absence du dentiste pour cause d'accident ou de maladie, le nombre de semaines de suspension du congé de paternité est celui correspondant au nombre de semaines complètes que dure la situation, sans toutefois excéder quinze (15) semaines. Durant une telle suspension, le dentiste est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le dentiste est visé par les paragraphes 1.21 B) et 1.21 C).

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 65.*

**1.22 D)** Le dentiste qui fait parvenir à son établissement, avant la date d'expiration de son congé de paternité, un avis accompagné d'un certificat médical attestant que l'état de santé de son enfant l'exige, a droit à une prolongation de son congé de paternité. La durée de cette prolongation est celle indiquée au certificat médical.

Durant cette prolongation, le dentiste est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le dentiste est visé par les paragraphes 1.21 B) et 1.21 C) durant cette période.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 64.*

### **Congé pour adoption et congé sans rémunération en vue d'une adoption**

**1.23** Le dentiste qui adopte légalement un enfant autre que l'enfant de son conjoint a droit à un congé pour adoption d'une durée maximale de dix (10) semaines qui, sous réserve des paragraphes 1.23 A) et 1.23 B), doivent être consécutives.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 25 et joindre les pièces justificatives.*

Pour le dentiste admissible au Régime québécois d'assurance parentale, ce congé est simultanément à la période de versement des prestations accordées en vertu de la Loi sur l'assurance parentale et doit débiter au plus tard la semaine suivant le début du versement des prestations d'assurance parentale.

Pour le dentiste non admissible au Régime québécois d'assurance parentale, le congé doit se situer après l'ordonnance de placement de l'enfant ou de son équivalent lors d'une adoption internationale conformément au Régime d'adoption ou à un autre moment convenu avec l'établissement.

**1.23 A)** Lorsque son enfant est hospitalisé, le dentiste peut suspendre son congé pour adoption, après entente avec son établissement, en retournant au travail pendant la durée de cette hospitalisation.

**1.23 B)** Sur demande du dentiste, le congé pour adoption peut être fractionné en semaines si son enfant est hospitalisé ou si le dentiste doit s'absenter pour cause de maladie ou d'accident.

Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles le congé pour adoption peut être suspendu est équivalent au nombre de semaines que dure l'hospitalisation. Si le dentiste doit s'absenter pour cause de maladie ou d'accident, le nombre de semaines de suspension du congé pour adoption est celui correspondant au nombre de semaines complètes que dure la situation, sans toutefois excéder quinze (15) semaines.

Durant une telle suspension, le dentiste est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le dentiste est visé par les paragraphes 1.21B) et 1.21C) durant cette période.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 67.*

**1.23 C)** Lors de la reprise du congé pour adoption suspendu ou fractionné en vertu du paragraphe 1.23 A) ou 1.23 B), la Régie verse au dentiste l'indemnité à laquelle elle ou il aurait eu droit si elle ou il ne s'était pas prévalu d'une telle suspension ou d'un tel fractionnement, et ce, pour le nombre de semaines qui reste à couvrir en vertu du paragraphe 1.23.

**1.23 D)** Le dentiste qui fait parvenir à son établissement, avant la date d'expiration de son congé pour adoption, un avis accompagné d'un certificat médical attestant que l'état de santé de son enfant l'exige, a droit à une prolongation de son congé pour adoption. La durée de cette prolongation est celle indiquée au certificat médical.

Durant cette prolongation, le dentiste est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le dentiste est visé par les sous-paragraphes 1.21B) et 1.21C) durant cette période.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 66.*

- + **1.23 E)** Pendant le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.23, le dentiste reçoit une indemnité égale à la différence entre son traitement hebdomadaire et le montant des prestations qu'elle ou qu'il reçoit ou recevrait, si elle ou il en faisait la demande, en vertu du Régime québécois d'assurance parentale ou en vertu du Régime d'assurance-emploi.

**AVIS :** *Lors de votre demande de congé pour adoption à la Régie, veuillez fournir une copie de l'état des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou le talon du premier versement d'assurance-emploi.*

Les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas du paragraphe 1.08 ou 1.09, selon le cas, et le paragraphe 1.08A s'appliquent au présent paragraphe en faisant les adaptations nécessaires.

**1.23 F)** Le dentiste non admissible aux prestations d'adoption du Régime québécois d'assurance parentale ni aux prestations parentales du Régime d'assurance-emploi qui adopte un enfant autre que l'enfant de son conjoint reçoit pendant le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.23 une indemnité égale à son traitement hebdomadaire.

**AVIS :** *Lors de votre demande de congé pour adoption à la Régie, veuillez fournir une pièce justificative confirmant votre non admissibilité au Régime québécois de l'assurance parentale et au Régime d'assurance-emploi.*

**1.23 G)** Le dentiste qui adopte l'enfant de son conjoint a droit à un congé d'une durée maximale de cinq (5) jours ouvrables dont seuls les deux (2) premiers sont avec rémunération.

Ce congé peut être discontinué et ne peut être pris après l'expiration des quinze (15) jours suivants l'arrivée de l'enfant à la maison.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 68 (deux (2) premiers jours) et le code de congé 69 (trois (3) jours suivants).*

**1.23 H)** Les alinéas a) et b) du paragraphe 1.15 s'appliquent au dentiste qui bénéficie des indemnités prévues au paragraphe 1.23 ou 1.23E en faisant les adaptations nécessaires.

**1.23 I)** Le dentiste bénéficie, en vue de l'adoption d'un enfant, d'un congé sans rémunération d'une durée maximale de dix (10) semaines à compter de la prise en charge effective de cet enfant sauf s'il s'agit d'un enfant de la conjointe ou du conjoint.

Le dentiste qui se déplace hors du Québec en vue d'une adoption, sauf s'il s'agit de l'enfant de sa conjointe ou de son conjoint, obtient à cette fin, sur demande écrite adressée au chef de département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, si possible deux (2) semaines à l'avance, un congé sans rémunération pour le temps nécessaire au déplacement.

Toutefois, le congé prend fin au plus tard la semaine suivant le début du versement des prestations du Régime québécois d'assurance parentale et les dispositions du paragraphe 1.23 s'appliquent.

Durant ce congé, le dentiste bénéficie des avantages prévus aux paragraphes 1.21 B) et 1.21 C).

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 31.*

**1.23 J)** Si, à la suite d'un congé pour lequel le dentiste a reçu l'indemnité versée en vertu du paragraphe 1.23E) ou du paragraphe 1.23F), il n'en résulte pas une adoption, le dentiste est alors réputé avoir été en congé sans rémunération, et il rembourse cette indemnité ou la rémunération reçue selon les modalités convenues entre les parties.

#### **1.24** Traitement hebdomadaire

**1°** Lors des congés mentionnés aux paragraphes 1.22, le dentiste est rémunéré pour chaque jour ouvrable de congé à raison de un cinquième (1/5) de son traitement hebdomadaire qui est établi comme suit par la Régie :

A) on détermine le traitement de base du dentiste, pour une période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire, selon l'échelon qui lui est applicable, en référant à l'échelle de rémunération en vigueur au moment de la prise du congé, à l'exclusion de toute rémunération en période supplémentaire d'activités professionnelles, des bonis, des primes et de toute rémunération à l'acte<sup>(4)</sup>;

---

(4) Si, par ailleurs, le congé comprend ou coïncide avec la date de majoration de l'échelle de rémunération, le traitement hebdomadaire évolue à cette date selon l'échelle alors applicable. Il en est de même lors d'un avancement d'échelon.

- + B) on effectue ensuite la moyenne des heures effectivement consacrées aux activités professionnelles au cours des vingt (20) dernières semaines de calendrier précédant le 1<sup>er</sup> janvier qui précède lui-même l'année (du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année suivante) au cours de laquelle le congé est pris et, pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé de maternité, de congé de paternité ou pour adoption, de jours de perfectionnement au sens du paragraphe 5.01 de la présente annexe ou de jours de ressourcement au sens de l'article 4 de l'annexe VIII de l'Entente, de vacances de plus de deux (2) jours ou de congé sans rémunération prévu aux paragraphes 1.21 premier alinéa, 1.22A, 1.22C, 1.22D, 1.23, 1.23B, 1.23D, 1.23G, 1.23I, 1.23J, 4.05, 4.07, 4.08, 4.10, 4.11, 4.12 lorsqu'il s'agit d'un congé réputé autorisé de la présente annexe et 5.05 de l'Entente n'a été autorisée; sont aussi exclus les jours où le dentiste siège, à titre de membre du comité de révision conformément à l'article 42 de la *Loi sur l'assurance maladie*. Cette moyenne est établie en considérant les heures effectivement consacrées aux activités professionnelles pendant la période de vingt (20) semaines mentionnée précédemment, jusqu'à concurrence du nombre d'heures régulières prévues à l'avis (ou aux avis) qu'envoie(nt) l'établissement (ou les établissements) à la Régie aux termes du paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente, multiplié par le nombre de semaines pour lequel cet avis (ou ces avis) est (sont) applicable(s) durant la période du vingt (20) semaines, sans jamais dépasser sept cents (700) heures si le dentiste a qualité de plein temps ou trois cent cinquante (350) heures si le dentiste a qualité de demi-temps.

**AVIS :** *Pour le dentiste membre du comité de révision conformément à l'article 42 de la loi, veuillez utiliser le code de congé 61. Toute autre utilisation de ce code à titre d'événement spécial doit faire l'objet d'entente entre les parties négociantes.*

La période de référence de vingt (20) semaines est établie en s'en rapportant à une période maximale de trois (3) ans depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

- C) le traitement hebdomadaire est finalement obtenu en divisant le traitement de base déterminé en A) par trente-cinq (35) et en le multipliant par la moyenne obtenue en B).
- 2° Si, pendant cette période de vingt (20) semaines, le dentiste a bénéficié d'un congé rémunéré autre que ceux mentionnés à l'alinéa 1°B), ou s'il a bénéficié d'une période de vacances de deux (2) jours ou moins, on attribue pour tel jour de congé le nombre d'heures allouées pour ce congé au moment où il a été pris.

S'il est impossible de compléter une période de référence de vingt (20) semaines aux fins du calcul du traitement hebdomadaire, la Régie établit en effectuant la moyenne en fonction du nombre de semaines qui peuvent être retenues.

À défaut de compléter une (1) seule semaine de calendrier, la Régie établit le traitement hebdomadaire du dentiste sur la foi du nombre d'heures régulières indiquées à l'avis prévu au paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente.



Si, pour une semaine, un dentiste fait défaut de produire une (1) demande de paiement, conformément au paragraphe 18.01 de l'Entente, dans les délais impartis par la *Loi sur l'assurance maladie*, cette semaine est comprise dans la période de référence de vingt (20) semaines, comme si le dentiste avait pris un congé sans rémunération non autorisé aux fins du présent paragraphe.

- 3° Dans le cas où un dentiste a cumulé, au cours de la période de référence mentionnée précédemment, la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, toute semaine qui ne peut être retenue en raison des motifs prévus à l'alinéa 1<sup>0</sup>B) du présent paragraphe dans l'un des deux (2) établissements entraîne le rejet de la même semaine dans l'autre établissement aux fins de l'établissement par la Régie du traitement hebdomadaire du dentiste.

Si, au moment de la prise d'un congé prévu à la présente annexe, un dentiste détient la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, il est rémunéré pour ce congé pris dans l'un ou l'autre des établissements à raison de la moitié du traitement hebdomadaire établi selon les dispositions qui précèdent.

- 4° Au cours du mois d'avril de chaque année, la Régie avise le dentiste par écrit du nombre moyen d'heures déterminées selon le présent paragraphe 1.24.

**1.25** Dans les cas prévus aux paragraphes 1.22 et 1.23, le dentiste prévient le chef du département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, et produit, à la demande de ce dernier, la preuve ou l'attestation de l'événement.

**1.26** Advenant des modifications au Régime québécois d'assurance parentale ou à la *Loi sur l'assurance-emploi relatives aux droits parentaux*, il est convenu que les parties se rencontrent pour discuter des implications possibles de ces modifications sur le présent Régime de droits parentaux.

**1.27** Les avantages sociaux relatifs aux droits parentaux en vigueur le 31 décembre 2005 continuent de s'appliquer après le 1<sup>er</sup> janvier 2006 au dentiste qui, bénéficiaire, au 3 décembre 2005, du Régime d'assurance-emploi du gouvernement fédéral.

## 2.00 VACANCES

**2.01** La période de service donnant droit aux vacances annuelles s'établit du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année subséquente.

**2.02** Sous réserve des autres dispositions du présent article et des dispositions du paragraphe 4.13, le dentiste a droit, à compter du 1<sup>er</sup> mai de chaque année, à des vacances annuelles dont la durée est déterminée sur la base du service accumulé selon le tableau suivant :

<b>SERVICE</b> au 1 <sup>er</sup> mai	<b>NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DE VACANCES</b> du 1 <sup>er</sup> mai au 30 avril
Moins de 1 an	1 2/3 jour par mois de service
1 an et moins de 17 ans	20 jours
17 ou 18 ans	21 jours
19 ou 20 ans	22 jours
21 ou 22 ans	23 jours
23 ou 24 ans	24 jours
25 ans ou plus	25 jours

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 02 pour la facturation des vacances annuelles. La Régie déduira, dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.*

- Code 34 : *Vacances reportées*
- Code 02 : *Vacances accumulées*
- Code 32 : *Vacances anticipées*

*Le dentiste en sera informé par son état de compte.*

- + **2.03** Toute période d'invalidité continue de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation des jours de vacances, et ce, indépendamment de la période de référence prévue au paragraphe 2.01.

Toutefois, pendant une période de réadaptation prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13<sup>e</sup>) mois d'une période d'invalidité ou d'une période de rééducation conformément au paragraphe 8.05 de la présente annexe le dentiste accumule des vacances pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

**2.04** Pour fins de calcul, le dentiste nommé dans l'établissement entre le premier (1<sup>er</sup>) et le quinzième (15<sup>e</sup>) jour du mois inclusivement est considéré comme ayant un (1) mois complet de service.

**2.05** Le dentiste est rémunéré pour chaque jour de vacances qu'il prend ou pour chaque demi-journée à raison d'un cinquième (1/5) ou d'un dixième (1/10), selon le cas, du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

**2.06** Le dentiste soumet les dates auxquelles il désire prendre ses vacances à l'approbation du chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef qui tient compte des nécessités du service.

**2.07** Le dentiste a droit de prendre une partie ou la totalité de ses vacances par anticipation. Il ne peut, en aucun cas, prendre par anticipation un nombre de jours supérieur au nombre de jours de vacances auxquels il aurait droit le 1<sup>er</sup> mai suivant.

Le nombre de jours ou demi-journées de vacances ainsi pris par anticipation est déduit du nombre de jours de vacances auxquels le dentiste a droit le 1<sup>er</sup> mai suivant.

Nonobstant les dispositions du paragraphe 2.09, le dentiste a droit, en cas de départ, au report des vacances qu'il a acquises à ce moment si, dans les trois (3) mois de son départ, il avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ et le report est sujet aux règles prévues aux alinéas précédents et au paragraphe 2.15.

**AVIS :** - *La Régie reportera sans que vous en fassiez la demande, jusqu'à dix (10) jours de vacances annuelles accumulées.*  
- *Le dentiste qui ne désire pas reporter ses vacances accumulées doit aviser la Régie avant la fin du mois d'avril. Ces jours seront payés par la Régie.*

**2.15** L'établissement doit, à la demande du dentiste, reporter à l'année suivante les vacances qui sont dues à ce dentiste, lorsque celui-ci, à la demande du chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef, consent à changer sa période de vacances déjà approuvée. Le dentiste en prévient la Régie en conséquence.

**AVIS :** *Le dentiste transmet à la Régie avant la fin du mois d'avril la copie de la demande écrite que l'établissement lui a remise à la suite du changement d'une période de vacances déjà approuvée.*

**2.16** Les jours de vacances reportés aux termes des paragraphes 2.10 à 2.15 sont payés selon la méthode prévue au paragraphe 2.05 en fonction de la période-témoin de vingt (20) semaines qui devait être utilisée si ces jours de vacances avaient été pris dans l'année où ils étaient dus.

**2.17** Le présent paragraphe s'applique avec l'accord du chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef.

Lorsqu'un dentiste a en réserve, en date du 30 avril 1989, vingt (20) jours ou moins de vacances accumulés aux termes des dispositions de l'Annexe V applicables antérieurement au 1<sup>er</sup> mai 1989, ces vacances doivent être utilisées au cours de la période du 1<sup>er</sup> mai 1989 au 30 avril 1990 ou reportées selon les dispositions prévues à l'article 2.00. Ces jours de vacances sont payés sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24. Le paiement du ou des jours de vacances pris par anticipation au cours de la période s'échelonnant du 1<sup>er</sup> mai 1988 au 30 avril 1989 est ajusté rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1<sup>er</sup> janvier 1989.

Lorsqu'un dentiste a en réserve, en date du 30 avril 1989, plus de vingt (20) jours de vacances accumulés aux termes des dispositions de l'annexe V applicables antérieurement au 1<sup>er</sup> mai 1989, ces jours de vacances en surplus des vingt (20) premiers constituent une réserve que le dentiste doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1<sup>er</sup> mai 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de vacances, le dentiste est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 ½) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de vacances ainsi pris.

**3.00 CONGÉS FÉRIÉS**

- + **3.01** Le dentiste a droit à treize (13) jours de congés fériés par année, du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril.

Sous réserve du paragraphe 3.02, ces congés sont les suivants : la Journée nationale des Patriotes, la Fête nationale, la Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint et le Lundi de Pâques.

**AVIS :** - Utiliser le code de congé 40.  
- Voir le tableau des congés fériés, sous l'onglet Rémunération à honoraires fixes.

*Ce tableau sera utilisé pour déterminer, entre autres, les droits du dentiste en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (paragraphe 4.13, annexe V de l'Entente). Il sera utilisé aussi pour l'application de la 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 ce tableau, vous devez 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.*

*L'information doit être adressée à :*  
*Régie de l'assurance maladie du Québec*  
*Service de l'admissibilité et du paiement*  
*C.P. 500*  
*Québec (Québec) G1K 7B4*

En plus des congés fériés prévus au présent paragraphe, les dentistes exerçant dans les seuls établissements à vocation psychiatrique reconnus ou dans un établissement visé à l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord ont droit à cinq (5) jours ouvrables additionnels de congé.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 41.*

Les congés prévus à l'alinéa précédent sont calculés au prorata des mois ouvrés.

Toute période d'invalidité de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation des cinq (5) jours additionnels de congé, et ce, indépendamment de ce qui est prévu ci-dessus. Toutefois, pendant une période de réadaptation prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13<sup>e</sup>) mois d'une période d'invalidité ou pendant une période de rééducation prévue au paragraphe 8.05 de la présente annexe, le dentiste accumule des jours de congés additionnels pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

**3.02** Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement à moins d'accord contraire entre le dentiste et le chef du département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef. Les congés additionnels prévus au paragraphe 3.01, troisième alinéa, sont pris après accord entre le chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef, et le dentiste concerné.

Toute modification aux dates des congés fériés ne peut, même si les périodes de référence ne sont pas les mêmes pour le personnel professionnel et pour le dentiste, donner à ce dernier le droit à plus de treize (13) congés fériés par période de référence.

**4.13** Les modalités suivantes s'appliquent à tout congé sans rémunération prévu dans la présente annexe dont la durée excède quatre (4) semaines :

a) **Vacances :**

Sous réserve des dispositions des deuxième et troisième alinéas du paragraphe 1.11 et des paragraphes 2.14 et 2.15, la Régie remet au dentiste la rémunération correspondant aux jours de vacances accumulés jusqu'à la date de son départ en congé. L'accumulation des vacances est interrompue pendant toute la durée du congé sans rémunération mais non l'accumulation du service;

b) **Régime de retraite :**

Le dentiste, durant son congé, ne contribue pas au régime de retraite, mais il peut, dans certains cas, racheter certains congés sans rémunération selon les modalités prévues à la *Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics* (RREGOP); toutefois, il ne peut retirer ses contributions avant son départ définitif;

c) **Exclusion :**

Sauf les dispositions des alinéas a) et b) du présent paragraphe, le dentiste, durant son congé sans rémunération, n'a pas droit aux bénéfices de la présente annexe, sous réserve de son droit de réclamer des bénéfices acquis antérieurement, des paragraphes 4.14 et 6.21 de la présente annexe et des dispositions prévues aux articles 22.00 à 28.00 de l'Entente.

**4.14** Au retour de son congé sans rémunération, le dentiste reprend ses activités professionnelles.

**4.15** Lorsqu'un dentiste est autorisé à prendre un congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à la présente annexe, il doit aviser la Régie de la date du début et de la date prévue de terminaison de ce congé au plus tard un (1) mois après le début de ce congé.

**AVIS :** *Le dentiste doit obligatoirement aviser la Régie par écrit, dans un délai de 30 jours suivant la date du début de ce congé.*

## **5.00 PERFECTIONNEMENT**

- + **5.01** Le dentiste a droit à dix (10) jours par année afin de perfectionner sa formation professionnelle. Ces jours de perfectionnement doivent s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement ou de formation dentaire continue ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement. Ces jours sont octroyés au prorata des mois ouverts dans l'année.

Toute période d'invalidité de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation de jours de perfectionnement et ce, indépendamment de ce qui est prévu ci-dessus.

Toutefois, pendant une période de réadaptation prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13<sup>e</sup>) mois d'une période d'invalidité ou pendant une période de rééducation prévue au paragraphe 8.05 de la présente annexe, le dentiste accumule des jours de perfectionnement pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 09 pour facturer les congés de perfectionnement. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.*

- Code 09 : Congé de perfectionnement
- Code 11 : Congé de perfectionnement reporté

*Le dentiste en sera informé par son état de compte.*

**5.02** Si le dentiste n'a pas utilisé la totalité des jours de perfectionnement pour une année, il peut reporter à l'année suivante et pour cette seule année, le nombre de jours de perfectionnement qu'il n'a pas utilisés s'il en fait la demande au chef du département ou du service dentaire ou à la personne qui remplace ledit chef. Le maximum ainsi reporté ne doit jamais dépasser dix (10) jours.

**AVIS** : *La Régie reportera sans que vous en fassiez la demande, les jours de perfectionnement inutilisés; ils ne peuvent être reportés une deuxième année consécutive. Seuls les crédits non utilisés de l'année en cours peuvent être reportés à l'année suivante.*

**5.03** Le dentiste doit, pour telle absence, obtenir au préalable la permission écrite du chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef, et lui fournir à son retour la justification de son absence.

- + **5.04** Lors d'un jour de perfectionnement, le dentiste est rémunéré, sauf si ce jour coïncide avec un congé prévu dans la présente annexe à l'exception d'un congé férié, selon la méthode établie au paragraphe 1.24 et selon la procédure prévue au paragraphe 19.02 de l'Entente.

Le dentiste doit fournir à la Régie les pièces justificatives attestant sa participation au plus tard trois (3) mois après la prise du jour de perfectionnement ou lors de sa facturation.

**5.05** Si un jour férié prévu à l'article 3.00 coïncide avec un jour de perfectionnement du dentiste, celui-ci bénéficie d'une remise du jour férié selon les dispositions du paragraphe 3.04.

**5.06** Si, dans le cadre du paragraphe 5.01, le dentiste participe à un congrès à titre de représentant de l'établissement et à la demande expresse de l'établissement, il a droit au remboursement des frais afférents à sa participation selon les normes en vigueur dans le secteur de la santé et des services sociaux.

**5.07** Le dentiste qui cesse d'exercer sa profession dans un établissement ne reçoit aucune indemnité pour les jours de perfectionnement qu'il n'a pas utilisés au moment de son départ.

Cependant, il a droit au report des jours non utilisés qui ont été acquis dans l'année en cours au moment de son départ si, dans les trois (3) mois de son départ, il avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement où s'applique le présent article 5. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ. Si la reprise des activités professionnelles s'effectue dans la même année que celle du départ, le report est soumis aux règles prévues au paragraphe 5.02. Si la reprise des activités professionnelles s'effectue dans l'année suivant celle du départ, les jours reportés doivent être utilisés dans l'année de la reprise par le dentiste de ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes et ne peuvent être reportés une deuxième année consécutive.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle le dentiste est sous traitement dans un centre hospitalier ou établissement pour alcooliques ou toxicomanes est reconnue comme une période d'invalidité; de même est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de trois (3) semaines au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs.

Alcoolisme et toxicomanie désignent l'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se dispenser d'alcool ou de la drogue sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.

- + **6.06** En contrepartie de la contribution de la Régie aux prestations d'assurance prévues ci-après, la totalité du rabais consenti par Ressources humaines et Développement des compétences Canada dans le cas d'un régime enregistré est acquise à la Régie.

**6.07** Les parties conviennent de former avec diligence un comité paritaire de quatre (4) personnes dont deux (2) représentants sont désignés par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec et deux (2) représentants par le Ministre. Ce comité se met à l'œuvre dès sa formation et est responsable de l'implantation et de l'application des régimes complémentaires d'assurance prévus aux présentes.

**6.08** Les représentants des médecins et des dentistes et ceux du ministre disposent chacun d'un vote. En cas d'égalité des votes, la mésentente est entendue par un arbitre seul désigné par les parties parmi la liste prévue au paragraphe 26.02 de l'entente.

**6.09** L'arbitrage prévu au paragraphe précédent procède par voie sommaire.

L'audition de la mésentente soumise à cette procédure devrait se limiter à une journée.

L'arbitre doit entendre le litige au fond avant de rendre une décision sur une objection préliminaire, à moins qu'il puisse disposer de cette objection sur-le-champ; il doit ultérieurement, sur demande de l'une ou l'autre des parties, motiver sa décision par écrit.

Aucun document ne peut être déposé après la fin de l'audition, sauf la jurisprudence et ceci, dans un délai maximum de cinq (5) jours.

L'arbitre doit tenir l'audition dans les quinze (15) jours de la date où il a accepté d'agir et doit rendre sa décision par écrit dans les quinze (15) jours suivant l'audition.

La décision de l'arbitre constitue un cas d'espèce.

La décision de l'arbitre est finale et elle lie les parties.

**6.10** Le Ministre et la Régie participent à la mise en place et à l'application des régimes complémentaires d'assurance ci-après, notamment en effectuant la retenue des cotisations requises.

**6.11** Deux (2) ou plusieurs comités paritaires peuvent choisir de se regrouper et d'opérer comme un seul comité paritaire. En ce cas, les dentistes et autres personnes couverts par ces comités constituent un seul groupe pour fins d'assurance. Un comité paritaire qui a choisi de se regrouper ne peut se retirer du groupe qu'à un anniversaire du contrat d'assurance subordonné à un préavis écrit de quatre-vingt-dix (90) jours aux autres comités paritaires. En cas de désaccord entre les parties sur le fait de se regrouper, le statu quo est maintenu.

**6.12** Le comité doit déterminer les dispositions des régimes complémentaires d'assurance, préparer un cahier des charges et obtenir un ou des contrats d'assurance groupe couvrant l'ensemble des participants aux régimes. À cette fin, le comité peut procéder par appel d'offres ou selon toute autre méthode qu'il détermine; à défaut d'unanimité à cette fin au sein du comité, il y a appel d'offres à toutes les compagnies d'assurance ayant leur siège social au Québec.

**6.13** Le comité doit procéder à une analyse comparative des soumissions reçues, le cas échéant, et après avoir arrêté son choix, transmettre à chacune des parties tant le rapport de l'analyse que l'exposé des motifs qui militent en faveur de son choix. L'assureur choisi peut être un assureur seul ou groupe d'assureurs agissant comme un assureur seul.

Le cahier des charges doit stipuler que le comité peut obtenir de l'assureur un état détaillé des opérations effectuées en vertu du contrat, diverses compilations statistiques et tous les renseignements nécessaires à la vérification du calcul de la rétention.

Le comité doit aussi pouvoir obtenir de l'assureur, moyennant des frais raisonnables qui s'ajoutent à ceux prévus par la formule de rétention, tout état ou compilation statistique additionnel utile et pertinent que peut lui demander une partie. Le comité fournit à chaque partie une copie des renseignements ainsi obtenus.

**6.14** De plus, advenant qu'un assureur choisi par le comité modifie en tout temps les bases de calcul de sa rétention, le comité peut décider de procéder à un nouveau choix; si l'assureur cesse de se conformer au cahier des charges ou encore modifie substantiellement son tarif ou les bases de calcul de sa rétention, le comité est tenu de procéder à un nouveau choix. Une modification est substantielle si elle modifie la position relative de l'assureur choisi par rapport aux soumissions fournies par les autres assureurs.

**6.15** Tout contrat doit être émis conjointement au nom des parties et comporter entre autres les stipulations suivantes :

- a) une garantie que ni les facteurs de la formule de rétention, ni le tarif selon lesquels les primes sont calculées, ne peuvent être majorés avant le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la fin de la première année complète d'assurance, ni plus fréquemment qu'à tous les douze (12) mois par la suite;
- b) l'excédent des primes sur les indemnités ou remboursements payés aux assureurs doit être remboursé par l'assureur à titre de dividendes ou de ristournes, après déduction des montants convenus suivant la formule de rétention préétablie pour contingence, administration, réserve, taxes, profit et les honoraires de l'arbitre prévu au paragraphe 6.08;
- c) la prime pour une période est établie selon le tarif qui est applicable au participant au premier jour de la période;
- d) aucune prime n'est payable pour une période au premier jour de laquelle le dentiste n'est pas un participant; de même, la pleine prime est payable pour une période au cours de laquelle le dentiste cesse d'être un participant.



**6.16** Le comité paritaire confie au Ministre l'exécution des travaux requis pour la mise en marche et l'application des régimes complémentaires d'assurance; ces travaux sont effectués selon la directive du comité. Le Ministre a droit au remboursement des coûts encourus.

**6.17** Le surplus résultant de l'expérience favorable des régimes complémentaires obligatoires est partagé de la façon suivante :

1. celui accumulé au 31 décembre 1987 appartient en totalité au Gouvernement du Québec;
2. celui accumulé après le 31 décembre 1987 est, par période annuelle, partagé entre le Gouvernement du Québec et les dentistes participants selon leur participation respective, la totalité appartenant au Gouvernement du Québec si les dentistes n'y ont pas contribué.

Lorsque, en vertu de ce qui précède, l'assureur doit effectuer des remboursements, il les fait par chèques émis à l'ordre du Ministre des Finances du Québec et, le cas échéant, à l'ordre des dentistes participants.

**6.18** Les membres du comité paritaire n'ont droit à aucun remboursement de dépenses ni à aucune rémunération pour leurs services à ce titre, mais ils ont droit, s'ils sont dentistes à honoraires fixes dans un établissement, à leur traitement. Le dentiste est rémunéré pour chaque jour ou pour chaque demi-jour à raison d'un cinquième (1/5) ou d'un dixième (1/10), selon le cas, du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

**AVIS** : *Utiliser le code de congé 70.*

**6.19** Lorsque le dentiste cesse ses activités professionnelles par suite d'un congé sans rémunération de plus d'un (1) mois, les présents régimes d'assurance demeurent en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par le dentiste. Le dentiste informe par écrit la Régie et son assureur de son intention de continuer de bénéficier des régimes d'assurance en cause. Sur réception de la facturation qui lui est transmise par la Régie à cette fin, le dentiste en effectue le paiement dans les trente (30) jours de la date de réception de ladite facturation.

Si l'assurance d'un dentiste qui bénéficie d'un congé sans rémunération demeure en vigueur, le montant d'assurance vie, le montant de la rente de survivants, le montant de la rente en cas d'invalidité et le coût de ces assurances sont établis sur le traitement annuel du dentiste au moment de son départ. Ce traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe, sans toutefois être majoré si une majoration de l'échelle de rémunération survient pendant la durée de ce congé sans rémunération; le traitement hebdomadaire ainsi calculé est ensuite multiplié par cinquante-deux (52).

Toutefois, le dentiste qui désire maintenir la garantie du régime complémentaire optionnel doit également maintenir l'assurance de ses garanties du régime complémentaire obligatoire.

Dans tous les cas, le dentiste doit en faire la demande à la Régie et à son assureur avant la date du début de son absence.

Aucune prestation d'assurance invalidité n'est versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans rémunération.

**AVIS** : *Afin de maintenir les régimes d'assurance en vigueur, le délai mentionné doit obligatoirement être respecté.*

**6.20** Le coût du régime uniforme d'assurance vie et d'assurance invalidité de base est à la charge de la Régie. Sous réserve des dispositions du paragraphe 6.23, est également à la charge de la Régie, le coût de la rente de survivants.

**6.21** En outre, au taux établi au paragraphe 6.22 ci-après, la Régie fournit une contribution pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires. Le solde du coût des régimes d'assurance complémentaires obligatoires est à la charge du dentiste.

+ **6.22** Sous réserve du paragraphe 6.23, la contribution de la Régie est, pour une année civile donnée, de 1,91 % du traitement du dentiste.

+ **6.23** La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. S'il advenait que ce coût diffère de 1,09 % du traitement annuel du dentiste, le pourcentage apparaissant au paragraphe 6.22 serait modifié de telle façon que le taux total de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires et de la contribution du coût de la rente du survivant soit de 3 % du traitement annuel du dentiste.

**6.24** Les avantages prévus aux régimes complémentaires obligatoires et optionnels d'assurance de la présente annexe sont applicables à la condition que le comité paritaire puisse choisir un assureur acceptant d'offrir ces avantages à des conditions jugées raisonnables par le comité. Dans le cas contraire, les avantages de ces régimes complémentaires sont ceux convenus entre le comité paritaire et l'assureur choisi.

**6.25** Aux fins du présent article 6.00, le traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe, sous réserve des dispositions des paragraphes 6.18 et 6.19; ce traitement hebdomadaire est ensuite multiplié par cinquante-deux (52).

## **7.00 DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SUR LA VIE**

### **7.01 Régime uniforme d'assurance vie**

Le dentiste à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente, bénéficie d'un montant de six mille quatre cents dollars (6 400 \$) d'assurance vie après un (1) mois de service.

Le dentiste à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à vingt-sept (27) heures et le dentiste à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte dix-sept heures et demie (17 ½) tel qu'indiqué à l'avis prévu au paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente, bénéficient d'un montant de trois mille deux cents dollars (3 200 \$) d'assurance vie après trois (3) mois de service.

Un dentiste ne peut toutefois en aucun cas bénéficier d'une assurance vie de plus de six mille quatre cents dollars (6 400 \$).

Le dentiste participe au régime uniforme d'assurance vie jusqu'à :

- i) la date de terminaison de ses fonctions;
- ii) la date de sa retraite.

- b) Si le dentiste décède durant la période d'invalidité de base, le traitement annuel se calcule de la même manière que celle décrite à l'alinéa a) ci-dessus; dans le cas où le décès survient en période d'invalidité de longue durée, ce traitement annuel toujours calculé de la même manière est indexé le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année depuis la fin de la cent quatrième (104<sup>e</sup>) semaine d'invalidité jusqu'à la date du décès du dentiste, et ce, de la même façon que la rente de retraite du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence de quatre pour cent (4 %) par année.

## 8.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ

**8.01** Le dentiste a droit aux dispositions suivantes en cas d'invalidité.

### + **8.02 Régime d'assurance invalidité de base**

**AVIS :** *Durant une période d'invalidité, le dentiste doit porter une attention particulière aux congés fériés (voir le paragraphe 3.05).*

- a) i) Sous réserve des présentes dispositions, un dentiste a droit pour toute période d'invalidité durant laquelle il s'absente de ses fonctions, à une prestation égale à cent pour cent (100 %) de son traitement hebdomadaire pendant les trois (3) premières semaines d'invalidité; par la suite, le dentiste reçoit quatre-vingt pour cent (80 %) de son traitement hebdomadaire durant les cent une (101) semaines suivantes; le paiement de cette prestation cesse à la date de la retraite. Toutefois, aucune prestation n'est payable pour les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième (2<sup>e</sup>) période d'invalidité au cours d'une même année;

**AVIS :** *Utiliser :*

*- le code de congé 10 pour une invalidité de moins de 5 jours*

*- le code de congé 71 pour une invalidité de 5 jours ou plus*

*Lorsqu'il y a facturation d'activités, le dentiste indique toujours 1.00 dans « Durée du congé ». La Régie calculera l'ajustement approprié.*

- ii) À compter de la cinquième (5<sup>e</sup>) semaine d'invalidité au sens du paragraphe 6.03, un dentiste qui reçoit des prestations d'assurance invalidité peut, à sa demande et sur recommandation de son médecin traitant après entente avec l'établissement, bénéficier d'une période de réadaptation tout en continuant d'être assujéti au régime d'assurance invalidité pourvu que cette réadaptation puisse lui permettre d'accomplir ses activités professionnelles habituelles.

Durant cette période, le dentiste a droit d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré à ses activités professionnelles et d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ses activités professionnelles. La proportion s'établit par rapport au nombre moyen d'heures consacrées à ses activités professionnelles par semaine en période régulière que l'on a observé durant la période de vingt (20) semaines qui a servi à établir le traitement hebdomadaire du dentiste aux fins de déterminer sa prestation d'assurance invalidité.

La période de réadaptation ne peut excéder six (6) mois consécutifs. Elle n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité ni de prolonger la période de paiement des prestations, complètes ou réduites, d'assurance invalidité au-delà de cent quatre (104) semaines de prestations pour cette invalidité. Le dentiste peut mettre fin à sa période de réadaptation avant la fin de la période convenue, sur présentation d'un certificat médical de son médecin traitant.

À la fin de la période de réadaptation, le dentiste peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est plus invalide. Si son invalidité persiste, le dentiste continue de recevoir sa prestation tant qu'il y est admissible. En outre, malgré les dispositions qui précèdent, le dentiste peut, après une période minimale de quatre (4) mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation qui lui est alors proposé. Il continue d'être assujéti au régime d'assurance invalidité. Durant cette période de réadaptation, il a droit, d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré aux activités professionnelles de réadaptation prévues à son plan et, d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ces activités professionnelles conformément au 2<sup>e</sup> alinéa du présent sous-alinéa.

**AVIS :** *Inscrire les heures travaillées et utiliser le code de congé 72 pour chaque jour de la période de réadaptation même si certains jours il y a facturation d'heures supplémentaires en remise de temps. Indiquer toujours 1.00 dans la colonne « durée du congé ». La Régie calculera l'ajustement approprié.*

*Lorsque terminée, indiquer dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la date de fin de la période de réadaptation.*

- iii) Sous réserve du paragraphe 8.07, durant toute sa période d'invalidité, qu'il bénéficie ou non d'une période de réadaptation, le dentiste n'a droit de recevoir de la Régie aucune autre rémunération, indemnité, prestation ou congé payé que la prestation prévue à l'alinéa i) ou que la prestation et la rémunération prévues à l'alinéa ii);
- b) Le montant de la prestation se fractionne, le cas échéant, à raison d'un cinquième (1/5) du montant prévu pour une (1) semaine complète par jour d'invalidité au cours de la semaine normale d'activités professionnelles, laquelle ne peut, pour les fins des présentes, excéder en aucun cas cinq (5) jours. Aucune prestation n'est payable durant un retrait de services sauf pour une invalidité ayant commencé antérieurement;
- c) Le versement des prestations payables est effectué directement par la Régie, mais sujet à la présentation par le dentiste des pièces justificatives raisonnablement exigibles;
- d) Quelle que soit la durée de l'absence, qu'elle soit indemnisée ou non, et qu'un contrat d'assurance soit souscrit ou non aux fins de garantir le risque, l'établissement, son mandataire, la Régie ou l'assureur peut vérifier le motif de l'absence et contrôler tant la nature que la durée de l'invalidité;

**8.05** Le contrat d'assurance relatif au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité doit contenir entre autres les dispositions suivantes :

- a) les réclamations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du régime ne doivent pas être exclues de ce seul fait;
- b) si un dentiste reçoit un revenu parce qu'il vaque à une occupation qui constitue un programme normal de rééducation, la rente alors payable en vertu du présent régime sera réduite de cinquante pour cent (50 %) du revenu ainsi reçu.

Sous réserve du paragraphe 8.07, durant toute sa période d'invalidité, qu'il bénéficie ou non d'une période de rééducation, le dentiste n'a droit de recevoir de la Régie aucune autre rémunération, indemnité, prestation, rente ou congé payé que la rente prévue au paragraphe 8.03 ou que la rente et la rémunération prévues à l'alinéa précédent;

**AVIS :** *Le dentiste qui revient au travail après une absence pour invalidité de plus de 104 semaines, doit informer la Régie qu'il est ou pas en période de rééducation. Dans ce dernier cas il informe la Régie des dates de la période de rééducation.*

- c) la terminaison de l'assurance, y compris la terminaison par suite de la terminaison du contrat d'assurance, doit se faire sans préjudice quant aux droits d'un dentiste alors invalide;
- d) dans le cas où les fonctions du dentiste sont suspendues temporairement par suite d'un congé, d'un retrait de services ou d'une mise à pied, grève ou lock-out l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par le dentiste.

**8.06** Les prestations d'invalidité de base et la rente d'invalidité de longue durée sont réduites de la rente d'invalidité ou de retraite que peut recevoir le dentiste du Régime de rentes du Québec, de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* et du Régime de retraite et de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 71 pour la facturation d'une période d'invalidité où le dentiste reçoit une rente d'invalidité d'autres organismes gouvernementaux, en indiquant :*  
*- le nom de cet organisme*  
*- le montant de la rente d'invalidité ou de retraite reçu.*

Le dentiste qui reçoit une prestation d'invalidité de base et atteint 71 ans et qui, au 31 décembre de cette année ne reçoit pas une rente de retraite au sens de l'alinéa précédent, a le fardeau de démontrer qu'il n'y a pas droit.

- + **8.07** Les prestations d'invalidité de base des trois (3) premières semaines d'invalidité sont réduites de toute rémunération. Celles des cent une (101) semaines suivantes sont réduites de toute rémunération excédant quinze pour cent (15 %) des prestations. La rente d'invalidité de longue durée est réduite de toute rémunération excédant vingt-cinq pour cent (25 %) de cette rente.

La rémunération visée à l'alinéa précédent est celle versée par la Régie quel que soit le mode de rémunération ainsi que la rémunération des activités de réadaptation ou de rééducation prévue aux paragraphes 8.02 alinéa a) ii) et 8.05 alinéa b).

Dans le cadre de la rémunération des activités de réadaptation et de rééducation, on ne retient que la partie de la rémunération qui, additionnée aux prestations ou à la rente réduite d'invalidité, dépasse les prestations ou la rente normales d'invalidité.

**8.08** L'assurance d'un dentiste se termine à la première des dates suivantes :

- i) la date de terminaison de ses fonctions;
- ii) la date de la retraite sauf pour l'assurance complémentaire obligatoire d'invalidité de longue durée qui se termine à 63 ans.

## **9.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME DE RETRAITE**

**9.01** Les dentistes admissibles aux régimes d'avantages sociaux précédemment décrits participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics selon les conditions qui y sont fixées.

## **10.00 RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ**

**AVIS** : *Pour aviser la Régie des dispositions du présent régime, veuillez utiliser le formulaire Contrat aux fins du Régime de congé à traitement différé (n° 3326).*

### **10.01 Définition**

Le régime de congé à traitement différé vise à permettre au dentiste d'étaler sa rémunération sur une période déterminée, afin de pouvoir bénéficier d'un congé.

Ce régime comprend une période d'activités professionnelles et une période de congé pendant lesquelles le dentiste reçoit une rémunération réduite d'un pourcentage de contribution.

La période de congé se situe soit au début, en cours ou à la fin du régime pour le dentiste à temps plein dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente.

La période de congé se situe à la fin du régime pour le dentiste à demi-temps ou à temps plein mais dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est inférieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au paragraphe 13.01, dernier alinéa de l'Entente.

### **10.02 Durée du régime**

La durée du régime de congé à traitement différé peut être de deux (2) ans, de trois (3) ans, de quatre (4) ans ou de cinq (5) ans à moins d'être prolongée, suite à l'application des dispositions prévues aux alinéas f, g et j du paragraphe 10.06. Cependant, la durée du régime, y incluant les prolongations, ne peut, en aucun cas, excéder sept (7) ans.

### **10.03 Durée du congé**

La durée du congé peut être de six (6) mois à un (1) an, tel que prévu à l'alinéa a) du paragraphe 10.06.

**AVIS** : *Utiliser le code de congé 52.*

Sauf les dispositions du présent article, le dentiste, durant son congé n'a pas droit aux bénéfices de la présente annexe ni aux bénéfices prévus à l'annexe VIII, sous réserve de son droit de réclamer des bénéfices acquis antérieurement et des dispositions prévues aux articles 22.00 à 28.00 de l'Entente.

## ANNEXE VI

### RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

**AVIS** : Voir l'onglet Règles d'application du tarif.

+

## ANNEXE VII

### CONDITIONS D'APPLICATION DU TARIF

Un dentiste est rémunéré selon les tarifs convenus pourvu que son revenu brut en provenance du régime soit inférieur au plafond pour un trimestre donné.

Pour la durée de l'entente, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de :

Du 1 <sup>er</sup> décembre 2012 au 28 février 2013	99 615
Du 1 <sup>er</sup> mars 2013 au 31 mai 2013	101 663
Du 1 <sup>er</sup> juin 2013 au 28 février 2014	102 703
Du 1 <sup>er</sup> mars 2014 au 31 mai 2014	104 474
Au 1 <sup>er</sup> juin 2014	105 373

Afin d'établir le revenu d'un trimestre, ne sont pas comptés dans le revenu brut trimestriel du dentiste :

1. Les frais compensatoires pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale.
2. Le montant forfaitaire que reçoit un pédodontiste en vertu de la règle 1.10.
3. Les revenus provenant des actes posés sous anesthésie générale.

**AVIS** : *Pour les fins d'exclusion des plafonds trimestriels, le dentiste doit inscrire le modificateur 041 sur sa demande de paiement lorsque les actes sont faits sous anesthésie générale.*

Dès que le revenu brut d'un dentiste pour l'ensemble des services fournis à l'exception des points 1, 2 et 3 dans un trimestre donné atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services dentaires fournis jusqu'à la fin de ce trimestre sont réduits automatiquement de 66 2/3 %.

## ANNEXE VIII

## MESURES INCITATIVES POUR FAVORISER LA RÉPARTITION DES DENTISTES

**AVIS :** *Pour informations sur la rédaction de la DEMANDE DE REMBOURSEMENT et sur les MESSAGES EXPLICATIFS concernant les mesures incitatives, veuillez vous référer aux onglets spécifiques du présent manuel.*

*Vous pouvez consulter la liste des localités sous l'onglet Mesures incitatives.*

### 1.0 PRIMES D'ÉLOIGNEMENT OU D'ISOLEMENT

1.1 Les secteurs suivants sont considérés comme isolés aux fins du présent article :

**Secteur V :**

Les localités de Tasiujaq Ivujivik, Kangiqsualujjuaq, Aupaluk, Quaqaq, Akulivik, Kangiqsujuaq, Kangiqsuk, Salluit, Tarpangajuk.

**Secteur IV :**

Les localités de Wemindji, Eastmain, Fort Rupert (Waskagheganish), Nemiscau (Nemaska), Inukjuak, Puvirnituq.

**Secteur III :**

Le territoire situé au nord du 51<sup>ème</sup> degré de latitude incluant Mistissini, Kuujuaq, Umiujaq, Kuujuarapik, Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo), Chisasibi, Baie James (Radisson), Schefferville, Kawawachikamach, Waswanipi et Whapmagoostui (Oujebougoumou) à l'exception de Fermont et des localités spécifiées aux secteurs IV et V;

Les localités de Parent, Champlain, partie Rivières Windigo (Sanmaur) et Abitibi, partie Obedjwan (Clova);

Le territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Hâvre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'île d'Anticosti.

**Secteur II :**

La municipalité de Fermont;

Le territoire de la Côte-Nord, situé à l'est de la Rivière Moisie et s'étendant jusqu'à Hâvre St-Pierre inclusivement;

Les Iles-de-la-Madeleine.

**Secteur I :**

Les localités de Chibougamau, Chapais, Matagami, Baie James (Joutel), Lebel-sur-Quévillon, Témiscamingue et Ville-Marie.



**1.2** Le dentiste qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessus reçoit, après une période continue d'au moins dix (10) mois, la prime d'éloignement ou d'isolement annuelle suivante :

Secteurs	2012-12-01 au 2013-03-31	2013-04-01 au 2014-03-31	À compter du 2014-04-01
<b>Avec dépendants</b>			
Secteur V	18 490 \$	18 814 \$	19 190 \$
Secteur IV	15 673 \$	15 947 \$	16 266 \$
Secteur III	12 052 \$	12 263 \$	12 508 \$
Secteur II	9 579 \$	9 747 \$	9 942 \$
Secteur I	7 745 \$	7 881 \$	8 039 \$
<b>Sans dépendants</b>			
Secteur V	10 488 \$	10 672 \$	10 885 \$
Secteur IV	8 891 \$	9 047 \$	9 228 \$
Secteur III	7 534 \$	7 666 \$	7 819 \$
Secteur II	6 384 \$	6 496 \$	6 626 \$
Secteur I	5 415 \$	5 510 \$	5 620 \$

# **AVIS :** Les montants présentés dans le tableau ci-dessus **incluent** l'augmentation de 0,5 % accordée pour l'année 2012-2013. Cette augmentation accordée aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec l'état des finances du Québec et la croissance du produit intérieur brut (PIB).

Aux fins d'application des présentes est réputé avoir sa résidence principale dans la localité ou la municipalité ci-haut mentionnée, le dentiste qui a sa résidence principale à moins de cinquante (50) kilomètres de cette localité ou municipalité.

Le montant de la prime d'éloignement ou d'isolement est celui consenti dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Pendant la durée de l'Entente, ou toute période visée par son extension, tout décret ou décision gouvernementale ayant pour effet de hausser le montant de ces primes bénéficie, automatiquement, au dentiste régi par la présente annexe.

**1.3** Le dentiste à demi-temps exerçant dans un des secteurs ci-haut mentionnés reçoit la moitié de cette prime.

**1.4** La prime prévue ci-dessus est payée trimestriellement au prorata de la durée du séjour dans chaque secteur donné.

**1.5** Sous réserve du paragraphe précédent, la Régie cesse de verser la prime d'isolement ou d'éloignement établie en vertu de la présente section si le dentiste et ses dépendants quittent délibérément le territoire lors d'un congé ou d'absence rémunérée de plus de trente (30) jours, sauf s'il s'agit de congé annuel, de congé férié, de congé de maladie, de congé de maternité, d'un séjour de ressourcement, d'une reprise de temps supplémentaire, d'absence pour accident du travail, maladie professionnelle ou retrait préventif.

**1.6** Dépendant : Le conjoint et, le cas échéant, l'enfant à charge tels que définis à l'article sur le régime d'assurance et tout autre dépendant au sens de la *Loi sur les impôts*, à condition que celui-ci réside avec le dentiste. Cependant, aux fins de la présente annexe, les revenus tirés d'un emploi par le conjoint du dentiste n'ont pas pour effet de lui enlever son statut de dépendant. Le fait pour un enfant de fréquenter une école secondaire dans un autre endroit que le lieu de résidence du dentiste ne lui enlève pas son statut de dépendant.

**1.7** Lorsque les conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances sont deux dentistes, un (1) seul des deux (2) peut, s'il y a un dépendant autre que le conjoint, se prévaloir de la prime applicable au dentiste avec dépendant. S'il n'y a pas d'autre dépendant que le conjoint, chacun a droit à la prime sans dépendant.

**1.8** Point de départ : Domicile au sens légal du terme au moment de la nomination, dans la mesure où ce domicile est situé dans une localité du Québec. Sous réserve qu'il soit situé dans une localité du Québec, ce point de départ peut être modifié par entente entre l'établissement et le dentiste.

**1.9** Le dentiste rémunéré à honoraires fixes qui exerce sa profession dans un territoire énuméré au paragraphe 1.1 de la présente annexe bénéficie, selon les modalités qu'il convient avec son établissement, des congés que lui octroie l'article 3.00 de l'annexe V de l'Entente.

Pourvu que les congés en cause soient pris dans l'année pour laquelle ils ont été prévus, ces modalités comprennent notamment, malgré l'article 3.00 précité, toute condition afférente au report de ces congés, leur cumul ou leur prise par anticipation.

L'établissement informe la Régie des modalités arrêtées selon le présent paragraphe.

## 2.0 FRAIS DE SORTIE

**2.1** Le dentiste et, s'il en est, ses dépendants, ont droit aux sorties suivantes, aller-retour, et aux frais inhérents :

- a) quatre (4) sorties par année pour le dentiste sans dépendant et trois (3) sorties par année pour le dentiste avec dépendants (entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 avril) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités des secteurs III, sauf celles énumérées au paragraphe b) suivant, dans les localités des secteurs IV et V et celle de Fermont;
- b) une (1) sortie par année (entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 avril) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités de Parent, Sanmaur et Clova, Havre St-Pierre, celles des Iles-de-la-Madeleine et les localités du secteur I et du secteur II non mentionnées au paragraphe a).

**2.2** Ces frais sont remboursés au dentiste, au plus tard quarante-cinq (45) jours de la réception des pièces justificatives, pour lui-même et ses dépendants jusqu'à concurrence, pour chacun, de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour, vol régulier de la localité où il exerce ses fonctions, jusqu'au point de départ situé au Québec ou jusqu'à Montréal. Toute réclamation doit normalement être facturée dans les quatre-vingt-dix (90) jours de l'évènement.

**2.3** Le droit d'une sortie octroyé au dentiste et à ses dépendants peut être utilisé par un conjoint non-résident, un parent non-résident ou un ami pour rendre visite au dentiste habitant une des régions mentionnées au paragraphe 1.1. Les dispositions du présent article s'appliquent quant au remboursement de frais.

- + **2.4** Sous réserve du paragraphe 2.2, les frais de transport lui sont remboursés par la Régie, sur présentation de pièces justificatives, selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi<sup>1</sup>...) ou pour la location d'une voiture<sup>2</sup> ou au taux de 0,86 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

**2.5** Le bénéfice de ces frais de sortie ne peut être reporté d'une année à l'autre.

Exceptionnellement, sous réserve d'une entente avec le chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef relativement aux modalités de récupération, le dentiste visé par les présentes peut, avec ses dépendants, anticiper une sortie dans le cas du décès d'un proche parent qui résidait à l'extérieur de la localité dans laquelle le dentiste exerce.

Au sens du présent paragraphe, un proche parent est défini comme suit: conjointe ou conjoint, enfant, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, gendre et bru. Toutefois, en aucun cas cette anticipation ne peut conférer au dentiste ou à ses dépendants un nombre de sorties supérieur à celui auquel il a droit.

**2.6** Sauf dans le cas prévu au paragraphe 2.3, un droit de sortie selon le présent article est un droit qui est rattaché à la personne de son bénéficiaire, qu'il s'agisse du dentiste ou, le cas échéant, d'un dépendant.

Ce droit peut être exercé par un dépendant sans la présence du dentiste, ou vice versa.

Lorsque le sous-paragraphe précédent reçoit application, la sortie effectuée n'est débitée, par la Régie, qu'au seul bénéficiaire qui s'en est prévalu.

### 3.0 FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT

**3.1** Le dentiste qui s'installe dans une localité des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente annexe pour y exercer sa profession sur une base régulière a droit au remboursement des frais de déménagement, celui-ci comprenant l'aller ainsi que le retour. Ces frais couvrent, aller-retour :

- a) le coût du transport du dentiste déplacé et de ses dépendants qui lui est remboursé conformément au paragraphe 2.4. Le coût de l'utilisation de sa voiture personnelle lui est remboursé à demi-tarif;
- b) le coût du transport de ses effets personnels et de ceux de ses dépendants jusqu'à concurrence de :
  - 228 kilogrammes pour chaque adulte ou chaque enfant de 12 ans et plus;
  - 137 kilogrammes pour chaque enfant de moins de 12 ans;
- c) le coût du transport de ses meubles meublants s'il y a lieu;

- 
- 1 L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination. De plus, l'utilisation du taxi n'est autorisée que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.
  - 2 La location d'une voiture est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun qui ne permet pas au dentiste de se rendre dans la localité à desservir.

- d) le coût du transport du véhicule motorisé s'il y a lieu et ce par route, par bateau ou par train;
- e) le coût d'entreposage de ses meubles meublants s'il y a lieu.

**3.2** Pour avoir droit à ces frais de déménagement et d'entreposage le dentiste doit soumettre au préalable à la Régie deux (2) estimés ou évaluations des coûts de chacune de ces dépenses.

**3.3** Le dentiste doit avoir sa résidence principale et exercer sa profession dans l'un ou l'autre des territoires ou localités ci-dessus mentionnés pour une période d'au moins un (1) an. À défaut, le dentiste doit rembourser à la Régie un montant des frais de déménagement qu'il a reçu équivalent au prorata du temps non complété.

**3.4** Dans le cas où le dentiste admissible aux dispositions des alinéas b), c) et d) du paragraphe 3.1 décide de ne pas s'en prévaloir immédiatement, en totalité ou en partie, il y demeure admissible pendant l'année qui suit la date de sa nomination.

**3.5** Aux fins du présent article, ces frais sont assumés par la Régie entre le point de départ et le lieu où le dentiste s'installe et sont remboursés au dentiste au plus tard quarante-cinq (45) jours de la réception des pièces justificatives.

Dans le cas du dentiste recruté à l'extérieur du Québec, ces frais sont assumés par la Régie sans excéder l'équivalent des coûts entre Montréal et la localité où le dentiste est appelé à exercer ses fonctions.

Dans le cas où les deux (2) conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances, sont deux (2) dentistes, un (1) seul des deux (2) conjoints peut se prévaloir des bénéfices accordés à la présente annexe. Dans le cas où un des conjoints a reçu, pour ce déménagement, des bénéfices équivalents de la part d'une autre source, la Régie n'est tenue de rembourser que la différence entre le montant qu'elle aurait versé au dentiste et le montant versé au conjoint.

**3.6** Le poids de 228 kilogrammes prévu à l'alinéa b) du paragraphe 3.1 est augmenté de 45 kilogrammes par année d'exercice passée sur le territoire, et ce, jusqu'à un maximum de 90 kilogrammes. Cette disposition couvre exclusivement le dentiste.

**3.7** Une fois les estimés ou évaluations soumises à la Régie, le dentiste peut obtenir une avance dont le montant ne saurait excéder 80 % du montant agréé par la Régie.

#### 4.0 FRAIS DE RESSOURCEMENT

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

Dans les trente (30) jours suivant sa date d'installation dans les territoires désignés par le Ministre 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 ouvrés du 1<sup>er</sup> mai précédant jusqu'à son arrivée dans les territoires visés ainsi que des jours reportés.

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

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 09 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).

Le dentiste doit, pour obtenir rémunération et remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation du séjour de perfectionnement. Cette rémunération et ce remboursement se font selon la procédure prévue au paragraphe 19.02 de l'entente générale. Le dentiste doit produire à la Régie les pièces justificatives au plus tard un (1) mois après la prise du congé ou lors de sa facturation.

**4.5** Le cumul des journées de ressourcement ne peut excéder quatre-vingts (80) jours.

**4.6** Malgré le paragraphe 5.07 de l'annexe V, lorsque le dentiste quitte les territoires visés par la présente annexe, ses journées accumulées doivent être prises dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 4.4 a).

## **5.0 ENTRÉE EN VIGUEUR**

**5.1** Les dispositions de la présente annexe entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2008 et le demeurent jusqu'à l'expiration de l'entente.

**DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE L'ANNEXE VIII DE L'ENTENTE MSSS - ACDQ**

Les territoires suivants sont désignés aux fins de l'application de l'article 4 de l'Annexe VIII de l'entente MSSS - ACDQ :

- la totalité de la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
- la totalité de la région pour laquelle est institué l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine;
- la totalité de la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
- la totalité de la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord;
- la totalité de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik;
- la totalité de la région pour laquelle est instituée le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;
- la localité du territoire desservi par le Point de service de Chapais;
- les localités de Parent, Sanmaur, Clova, Casey et Lac Cooper, toutes situées dans la région pour laquelle est instituée l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---



La RAMQ versera, au plus tard le 31 octobre 2008, aux dentistes rémunérés à l'acte un montant forfaitaire de 3,3 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la RAMQ en septembre 2008, selon les modalités à convenir entre les parties.

Ces montants forfaitaires ne sont pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

**1.2.3** La RAMQ versera, au plus tard le 31 octobre 2008, à chaque dentiste rémunéré à l'acte durant la période du 8 octobre 2007 au 31 mai 2008, une rétroactivité correspondant à la différence entre les tarifs négociés par les chirurgiens buccaux en vigueur depuis le 8 octobre 2007 et ceux effectivement payés aux dentistes.

Ce montant forfaitaire n'est pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

+

## ANNEXE XIII

## CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT DE L'ENTENTE-CADRE (2010-2015)

### 1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ

Les parties conviennent qu'à la suite de la signature du renouvellement de l'Entente-cadre pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2015, des montants doivent être versés par la Régie aux dentistes, sous forme de montants forfaitaires, selon les modalités décrites ci-après:

#### 1.1 MODALITÉS D'APPLICATION

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

#### 1.2 MODALITÉS DE CALCUL

**1.2.1** Pour les sommes perçues selon les modes de rémunération des honoraires fixes et du tarif horaire.

La Régie versera, le ou vers le 1<sup>er</sup> décembre 2012, à chaque dentiste rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou le mode du tarif horaire une rétroactivité de :

- 0,5 % sur les honoraires perçus pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011;
- 1,254 % sur les honoraires perçus pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 30 septembre 2011;
- 4,291 % sur les honoraires perçus pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 mars 2012;
- 5,334 % sur les honoraires perçus pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mai 2012.

**AVIS** : *À la suite de l'annonce de l'augmentation additionnelle de 0,5 % liée à la croissance du produit intérieur brut (PIB) pour l'année 2012-2013, le calcul de la rétroactivité à être versée, le ou vers 31 mai 2013, est modifié pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 30 novembre 2012 de la façon suivante :*

- 0,521 % sur les honoraires perçus du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mai 2012;
- 5,856 % sur les honoraires perçus du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 novembre 2012.

La Régie versera, le ou vers le 31 mai 2013, à chaque dentiste rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou le mode du tarif horaire une rétroactivité de 5,334 % sur les honoraires perçus du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 novembre 2012.

**1.2.2** Pour les sommes gagnées selon le mode de rémunération à l'acte.

La Régie versera, le ou vers le 1<sup>er</sup> décembre 2012, à chaque dentiste rémunéré à l'acte une rétroactivité de :

- 0,5 % sur les honoraires gagnés<sup>1</sup> du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011;
- 4,54 % sur les honoraires gagnés du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012;
- 21,225 % sur les honoraires gagnés du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mai 2012.

La Régie versera, le ou vers le 31 mai 2013, à chaque dentiste rémunéré à l'acte une rétroactivité de 21,225 % sur les honoraires gagnés du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 novembre 2012.

**1.2.3** Prime d'éloignement ou d'isolement et mesures incitatives

La Régie versera, le ou vers le 1<sup>er</sup> décembre 2012, à chaque dentiste une rétroactivité sur les primes d'éloignement ou d'isolement ainsi que sur les jours de ressourcement prévus aux alinéas a) et c) de l'article 4.4 de l'Annexe VIII de :

- 0,5 % du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011;
- 1,254 % du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012;
- 2,266 % du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mai 2012.

La Régie versera, le ou vers le 31 mai 2013, à chaque dentiste une rétroactivité sur les primes d'éloignement ou d'isolement ainsi que sur les jours de ressourcement prévus aux alinéas a) et c) de l'article 4.4 de l'Annexe VIII de 2,266 % du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 novembre 2012.

**AVIS :** *À la suite de l'annonce de l'augmentation additionnelle de 0,5 % liée à la croissance du produit intérieur brut (PIB) pour l'année 2012-2013, le calcul de la rétroactivité à être versée, le ou vers 31 mai 2013, pour le dentiste ayant reçu une prime d'éloignement ou d'isolement pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 30 novembre 2012, est modifié de la façon suivante :*

- 0,506 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mai 2012;
- 2,773 % pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 novembre 2012.

Les versements de la rétroactivité prévus dans la présente annexe ne sont pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

---

1 Honoraires gagnés : s'appliquent seulement sur les actes négociés par l'ACDO et le MSSS.



## 1.0 LETTRES D'ENTENTE

## INDEX DES LETTRES D'ENTENTE

**AVIS** : *Cet index est un document administratif créé dans le but de faciliter la consultation (les titres sont abrégés).*

<b>N<sup>o</sup></b>	<b>LETTRE CONCERNANT :</b>	<i>Page</i>
1	Modifications aux conventions collectives	1
2	Article 4.05	1
3	Détermination de la rémunération personnelle	2
4	Arbitrage concernant les différents entre l'ACDQ et la Régie d'assurance maladie du Québec	3
5	La nomination en établissement	4
6	Transmission des données de facturation	4
7	Lettre abrogée	
8	Demande de considération spéciale	5
9	Volonté des parties de conclure une entente afin de disposer de la lettre d'entente n <sup>o</sup> 7	6
10	Mesures d'accessibilité pour l'anesthésie générale mises en place dans le cadre de la nouvelle entente	8
11	Travaux préliminaires requis pour documenter les parties dans le cadre de la négociation des tarifs à l'acte	9
# 12	Frais d'exploitation et les honoraires bruts des cabinets dentaires	10
# 13	Modification éventuelle de la couverture des soins dentaires assurés par le régime public	11
# 14	Enveloppe spécifique pour le financement de mesures spécifiques en lien avec l'accessibilité aux soins dentaires et la rémunération de certaines activités accomplies	12
# 15	Facturation de la consultation (code d'acte n <sup>o</sup> 93200)	14

## 1.1 LETTRES D'INTENTION

## INDEX DES LETTRES D'INTENTION

AVIS : *Cet index est un document administratif créé dans le but de faciliter la consultation (les titres sont abrégés).*

N <sup>o</sup>	LETTRE CONCERNANT :	Page
1	Révision des modalités du programme de ressourcement hors Québec	15

**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 \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_.

**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 \_\_\_\_\_,  
ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**

Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec

---



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 \_\_\_\_\_,  
ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2012.

**RÉJEAN HÉBERT**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**SERGE LANGLOIS**

Président  
Association des chirurgiens dentistes  
du Québec



## ENTENTES PARTICULIÈRES

### ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX DENTISTES OEUVRANT DANS DES ÉTABLISSEMENTS DU NORD

#### PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.

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

##### 1.00 OBJET DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE

**1.01** La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des dentistes qui œuvrent dans ou auprès des établissements suivants:

- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Kuujuaq)
- Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (Chisasibi)
- Centre de santé Inuulitsivik (Purvirnituk)
- Centre de santé de la Basse Côte Nord (Lourdes de Blanc Sablon)
- Centre de santé de la Minganie (Havre St-Pierre)
- Centre de santé de Radisson
- Centre de santé de l'Hématite (Fermont)
- CLSC Naskapi (Kawawachikamach)  
ou l'un de leurs points de service.

##### 2.00 CHAMP D'APPLICATION

**2.01** L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec s'applique aux dentistes œuvrant dans ou auprès des établissements susmentionnés sous réserve des dispositions suivantes.

##### 3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

**3.01** Le dentiste œuvrant dans ou auprès des établissements susmentionnés est rémunéré en exclusivité selon les honoraires fixes ou le tarif horaire.

**AVIS :** *Pour ces deux modes de rémunération, les services rendus doivent être identifiés selon les codes d'activités suivants.*

- 017030 Services cliniques
- 017032 Rencontres multidisciplinaires
- 017092 Temps de déplacement (entre l'établissement principal et les points de service), temps d'installation et autres services
- 017098 Services de santé durant le délai de carence

**4.00 CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU DENTISTE PERMANENT**

**4.01** La rémunération selon les honoraires fixes ou le tarif horaire s'applique en exclusivité à tout dentiste qui œuvre sur une base permanente dans ou auprès d'un des établissements susmentionnés.

Lors de sa nomination, le dentiste choisit le mode de rémunération, soit à honoraires fixes, soit au tarif horaire. La nomination est attestée par un avis de service que l'établissement transmet à la Régie.

**AVIS :** *Le formulaire AVIS DE SERVICE - RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE - HONORAIRES FIXES (n° 3755) est prévu à cet effet.*

Le choix du mode de rémunération ne peut être modifié qu'une seule fois par le dentiste pendant la période continue de l'exercice de sa profession auprès de l'établissement.

**4.02** Cette rémunération est basée sur les taux suivants :

<b>HONORAIRES FIXES</b>			
<b>Expérience *</b>	<b>2012-12-01 au 2013-03-31</b>	<b>2013-04-01 au 2014-03-31</b>	<b>À compter du 2014-04-01</b>
Moins d'un (1) an	139 716 \$	142 161 \$	145 004 \$
Un (1) an et moins de deux (2) ans	143 718 \$	146 233 \$	149 158 \$
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	151 722 \$	154 377 \$	157 465 \$
Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	156 930 \$	159 676 \$	162 870 \$
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	162 211 \$	165 050 \$	168 351 \$
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	167 736 \$	170 671 \$	174 084 \$
Six (6) ans et plus	173 444 \$	176 479 \$	180 009 \$

\* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique



Les taux du tarif horaire sont les suivants et les modificateurs apparaissant ci-après s'appliquent :

Expérience *	Modificateurs	2012-12-01 au 2013-03-31	2013-04-01 au 2014-03-31	À compter du 2014-04-01
Moins d'un (1) an	80,6 %	106,06 \$	107,92 \$	110,08 \$
Un (1) an et moins de deux (2) ans	82,8 %	108,96 \$	110,86 \$	113,08 \$
Deux (2) ans et moins de trois (3) ans	87,5 %	115,14 \$	117,15 \$	119,50 \$
Trois (3) ans et moins de quatre (4) ans	90,5 %	119,09 \$	121,17 \$	123,60 \$
Quatre (4) ans et moins de cinq (5) ans	93,5 %	123,04 \$	125,19 \$	127,69 \$
Cinq (5) ans et moins de six (6) ans	96,7 %	127,25 \$	129,47 \$	132,06 \$
Six (6) ans et plus	100,0 %	131,59 \$	133,89 \$	136,57 \$

À ces taux s'ajoutent, le cas échéant, les augmentations accordées aux salariées du réseau de la santé et des services sociaux (2010-2015) en lien avec l'état des finances du Québec, et ce, selon les mêmes modalités que celles prévues dans les conventions collectives applicables à ces salariés.

**AVIS** : Les taux présentés dans les deux tableaux du paragraphe 4.02 incluent l'augmentation de 0,5 % pour l'année 2012-2013.

---

\* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique

Pour une année d'application, le tarif horaire s'applique à la rémunération des activités professionnelles du dentiste, jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures. L'année d'application au sens du présent article se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1<sup>er</sup> juin de chaque année au 31 mai de l'année suivante. Les rajustements pour les parties d'année sont faits proportionnellement à la période rémunérée selon le mode du tarif horaire, sauf pour le dentiste qui quitte en cours d'année.

**4.03** Les échelles de rémunération s'appliquent au dentiste œuvrant dans ou auprès de ces établissements pour une période régulière d'activités professionnelles de 7 heures par jour et de 35 heures par semaine. Ces échelles de rémunération comprennent également toutes les activités du dentiste, c'est-à-dire le temps de déplacement et d'installation, le travail administratif et toute période supplémentaire d'activités professionnelles au-delà de 7 heures par jour de travail et de 35 heures de travail par semaine.

**AVIS :** *Les conditions concernant l'accumulation ou la remise du temps supplémentaire telles que prévues à l'article 15.01 de l'Entente ne sont pas applicables.*

Toutefois, dans le cas où le dentiste travaille en présence d'un dentiste spécialiste ou d'un anesthésiste, ce dernier est autorisé à œuvrer sur une base de 8 heures par jour et les heures additionnelles travaillées sont compensées en temps. La reprise du temps ainsi cumulé est prise après accord entre le chef de département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef et le dentiste concerné.

**AVIS :** *Il est de la responsabilité de l'établissement de s'assurer que la reprise du temps correspond aux heures cumulées. La reprise du temps doit être facturée à la Régie en utilisant les mêmes codes d'activités que ceux utilisés pour la facturation des heures régulières. Le maximum pouvant être facturé demeure 7 heures par jour et 35 heures par semaine.*

**4.04** Tout dentiste permanent nommé par un établissement susmentionné et rémunéré à honoraires fixes bénéficie des avantages sociaux définis à l'annexe V et des mesures incitatives définies à l'annexe VIII de l'entente générale. Toutefois, au regard du traitement hebdomadaire calculé selon la méthode prévue aux paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe V, la moyenne des heures effectivement consacrées aux activités professionnelles est arrondie au dixième près sur une base journalière, le tout dans le respect de la méthode de calcul déjà établie.

Tout dentiste permanent nommé par un établissement susmentionné et rémunéré à tarif horaire bénéficie des mesures incitatives définies à l'annexe VIII de l'entente générale.

**4.05** Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au dentiste aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement selon les termes du décret 1179-88 du 3 août 1988.

**4.06** Le dentiste visé par la présente entente particulière doit compléter le formulaire prévu en annexe et le remettre à l'établissement lorsqu'il œuvre dans un point de service.

**4.07** La perte de temps que subit un dentiste par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

**4.08** Le dentiste permanent œuvrant dans ou auprès d'un des établissements de la présente entente particulière doit être l'objet d'une nomination pour une période minimale d'un (1) an. Cette nomination est sujette au processus de nomination prévu à l'article 10.00 de l'entente.

**4.09** Le dentiste permanent qui ne désire pas renouveler sa nomination dans ou auprès d'un des établissements de la présente entente particulière doit en aviser le conseil d'administration au moins 60 jours avant le renouvellement de cette nomination.

**AVIS :** *Les cas de renouvellement ne sont pas sujets à l'autorisation du Ministre.*

#### **4.A.00 NOMINATION ANNUELLE D'UNE DURÉE DE SIX MOIS RÉPARTIS SUR UNE PÉRIODE CONTINUE OU DES PÉRIODES DISCONTINUES**

a) Le dentiste qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département ou du service dentaire ou de la personne qui le remplace, une nomination d'une durée de six (6) mois répartis sur une période continue ou des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées. Pour chaque période discontinue, la période minimale de travail est d'un mois.

b) Le dentiste bénéficie par année, des dispositions de l'Annexe VIII sous réserve des dispositions suivantes :

- la moitié de la prime d'éloignement ou d'isolement;
- deux (2) sorties;
- dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 4.A.00 a) de la présente entente particulière.

c) Le dentiste bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 4.05 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

**AVIS :** *L'établissement doit utiliser l'avis de service Rémunération à tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes (n° 3755), cocher la case DEMI-TEMPS EN PÉRIODE CONTINUE OU EN PÉRIODES DISCONTINUES dans la section TYPE DE NOMINATION, cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE Dentistes travaillant dans les établissements du Nord et remplir l'information pour Tarif horaire dans la section Conditions d'exercice et de rémunération.*

#### **5.00 CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU DENTISTE REMPLAÇANT**

**5.01** Le dentiste remplaçant, dans ou auprès des établissements susmentionnés, c'est-à-dire celui dont les services sont retenus temporairement en remplacement d'un dentiste permanent absent, ne peut être rémunéré que selon les conditions ci-après déterminées.

- + **5.02 A** Sous réserve du paragraphe 5.02B, lorsque le remplacement prévu est de moins de six (6) mois, le dentiste remplaçant est obligatoirement rémunéré selon le mode du tarif horaire à un taux fixe correspondant au 1<sup>er</sup> échelon de l'entente particulière soit 106,06 \$ au 1<sup>er</sup> décembre 2012, 107,92 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2013 et 110,08 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2014 à raison d'un maximum de trente-cinq (35) heures par semaine. Les paragraphes 4.05, 4.06 et 4.07 s'appliquent à ce dentiste.
- + **5.02 B** Le temps de déplacement du dentiste remplaçant pour se rendre au lieu d'embauche en début de contrat et son retour est payé selon le taux horaire de 83,74 \$ au 1<sup>er</sup> décembre 2012, 85,21 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2013 et 86,91 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2014.

Le temps de déplacement est payé jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par trajet.

Le temps de déplacement du dentiste n'est pas pris en compte dans l'établissement du nombre d'heures maximum par semaine.

On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le dentiste.

a) Transport aérien ou ferroviaire :

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'établissement et en revenir est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b) ci-dessous.

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus :

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km/hre}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies suivant l'outil privilégié par les parties négociantes qui en informent la Régie.

**AVIS** : *L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.*

**5.03** Si le remplacement prévu couvre une période de six (6) mois ou plus, les conditions d'exercice et de rémunération du dentiste remplaçant sont celles prévues aux paragraphes 4.01, 4.02, 4.03, 4.05, 4.06 et 4.07. Le dentiste remplaçant a droit aux dispositions de l'article 4.04 de la présente entente particulière, sauf les frais de déménagement et les frais de ressourcement prévus à l'annexe VIII. De plus, s'il a choisi le mode des honoraires fixes, il n'a pas droit aux congés sans rémunération prévus à l'annexe V.

Cependant, si le remplacement prévu s'étend sur une période de plus d'un an, le dentiste remplaçant est admissible au ressourcement pour toute période excédant un an. L'accumulation de périodes de remplacement de moins de six mois ne donne pas droit aux dispositions du présent article.

**5.04** Le dentiste remplaçant a droit aux frais de transport pour se rendre au lieu d'embauche en début de contrat et son retour en fin de contrat. Ces frais de transport sont remboursés par la Régie sur présentation de pièces justificatives.

**5.05** La procédure relative aux autorisations de nominations prévues à l'article 10.01 de l'Entente ne s'applique pas dans le cas d'un dentiste remplaçant.

**AVIS** : *Les avis de nomination pour un remplacement ne sont pas sujets à l'autorisation du Ministre.*

## 6.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente entente particulière entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2008.

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**  
Présidente  
Association des chirurgiens  
dentistes du Québec

### 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 Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Les coordonnées complètes pour la transmettre sont 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.**

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

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 sept sections :

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE		EXPIRATION	
ADRESSE		CODE POSTAL		ACTE / DENT / SURFACE / RÔLE / MODIF / UNITÉS / HONORAIRES	
INIT		NOM DU DENTISTE		2	
		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		2		SON NUMÉRO	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		3		AUTORISATION	
		CODE DU DIAGNOSTIC		NUMÉRO	
		<input type="checkbox"/> 521.0		DATE	
		<input type="checkbox"/> V90.9		ANNÉE MOIS JOUR	
		AUTRE		C.S.	
ÉTABLISSEMENT		5		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE		DATE D'ENTRÉE		6	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
					TOTAL

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.

## 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

### 3.2.1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

#### 3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale.

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 292 - 0309	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 8203 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire				DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 3				EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	DATE DE NAISSANCE 82 03 09 M		EXPIRATION		ACTE DENT SURAGE BÔLE MOÛS UNITES HONORAIRES	
	ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)				CODE POSTAL W 1 G 4 K 4	
	INT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE <input type="checkbox"/> S21.0 ÉTAT NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> V90.9 AUTRE C.S.		AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR	
	ÉTABLISSEMENT CODE		DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR	
	SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					TOTAL

SPÉCIMEN

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

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

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- le nom de l'époux (cette donnée est facultative);
- le numéro séquentiel de la carte;
- la date d'expiration de la carte d'assurance maladie ;
- la date de naissance et le sexe de la personne assurée;
- l'adresse complète soit : le numéro civique et le nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 (03/99)	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 5804 1219		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire				DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 4				EXPIRATION	
	DATE DE NAISSANCE 58 04 12 M				ACTE DENT SURFACE RÔLE MODR UNITES HONORAIRES	
	ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)				CODE POSTAL W 1, G 4, K, 4	
	RAT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES # 5432		CODE DU DIAGNOSTIC S21.0		AUTORISATION NUMÉRO	
	ÉTAT NORMAL V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR		SPÉCIMEN	
	AUTRE C.S.					
CODE		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					TOTAL	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE						

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

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

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

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



**B- LE PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :****1) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation sont présents au dossier du prestataire :**

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

**2) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation ne sont pas disponibles au dossier du prestataire mais il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :****a) le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :**

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité du prestataire (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

**b) le prestataire est admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir l'annexe V du présent onglet) :**

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

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

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

## 3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS

## 3.2.2.1 Dentiste traitant

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 282 0399	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RESIDENTIEL DE LA CARTE				DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR			
	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXES		EXPIRATION ANNÉE MOIS			
	ADRESSE				CODE POSTAL		ACTE DENT SURFACE RÔLE MOIS UNITÉS HONORAIRES	
	INIT. NOM DU DENTISTE R UNTEL		NUMÉRO 2072056		GROUPE 12345			
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARIE DENTAIRE <input type="checkbox"/> 521.0 ETAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9 AUTRE		AUTORISATION NUMÉRO		SPÉCIMEN	
			DATE ANNÉE MOIS JOUR		DATE ANNÉE MOIS JOUR			
	ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR					
							SE CERTIFIE 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<sup>o</sup> 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.

## 3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 202 - 0399	0000 NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		DATE DES SERVICES	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR	
	ADRESSE		CODE POSTAL	
	RÉG. INT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO	
	R. GÉNÉRALISTE		207890	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		NUMÉRO	
	ÉTAT NORMAL		DATE ANNÉE MOIS JOUR	
AUTRE		C.S.		
ÉTABLISSEMENT		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
CODE		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE		
DATE D'ENTRÉE		TOTAL		
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

## 3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE (C.S.)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DEL L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉNENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				ACTE DENT SURFACE FOLDS MOIS UNITES HORAIRES	
ADRESSE				CODE POSTAL	
RNT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Suite du no. 5432		CARE DENTAIRE		NUMÉRO	
		<input type="checkbox"/> 521.0		DATE	
		ÉTAT NORMAL		ANNÉE MOIS JOUR	
		<input type="checkbox"/> V90.9		AUTRE	
		5,2,0,6A,B		C.S.	
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
				TOTAL	

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

## 3.2.3.1 Diagnostic principal

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

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

## 3.2.3.2 Renseignements complémentaires

- # Tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile doit être inscrit dans cette case pour permettre l'appréciation de la demande de paiement tel : séances différentes la même journée, relation entre les actes, etc.

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

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

**# 3.2.3.3 Considération spéciale (C.S.)****Instructions**

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

Lettre A et règle d'application 1.2 c) :

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

Règle d'application 1.2 a) et b) :

Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **N** » dans les cas relatifs à la règle d'application **1.2 a) et b)** doivent être fournis en utilisant le formulaire *Document complémentaire* (n° 1944). Ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamais agraffer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

**Abandon du traitement d'une prothèse acrylique**

Inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S., les honoraires demandés et les renseignements appropriés (ex. : la raison de l'abandon, les frais de laboratoire engagés, la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans la section *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire* (n° 1944). Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamais agraffer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

Utiliser 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.

**Remplacement d'une prothèse faisant suite à une chirurgie buccale**

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

(voir : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article **31 D** du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*).

**Demandes de paiement accompagnées d'un cliché radiologique**

Agraffer le cliché sur le document complémentaire dûment rempli. Selon le cas, inscrire « **A** » ou « **N** » selon le cas dans la case C.S. de la demande de paiement et joindre à cette dernière le document complémentaire à l'aide d'un trombone.

**Refacturation**

Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section 7.5 sous l'onglet *Paiement à l'acte - Messages explicatifs*.

# 3.2.4 SERVICES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE  
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR  
1, 2 | 1, 2 | 0, 1

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF.	UNITÉS	HONORAIRES
2	1	1	0	1	8,5	1
1	0	1	0	1	0,4	1
						21,75

ADRESSE CODE POSTAL 2 1 1 0 1 8,5 1 0 1 0 4,1 21,75

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE  S21.0 NUMÉRO

ÉTAT NORMAL  V90.9 DATE ANNÉE MOIS JOUR

AUTRE C.S.

ÉTABLISSEMENT

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

21,75 TOTAL

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 202 - 0399

SPÉCIMEN

Les actes pour lesquels le dentiste demande des honoraires figurent dans cette section

3.2.4.1 Date des services :

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

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

3.2.4.2 InSCRIPTION des services :

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

- **Code de l'acte (cinq chiffres)** : correspondant à la nomenclature des actes sous l'onglet *Règles d'application du tarif*;
- **Numéro de la dent (deux chiffres)** : la numérotation des dents figure à l'Annexe VI;
- **Numéro de la surface (deux chiffres)** : voir la Règle d'application 4.7;
- **Rôle (un chiffre)** : approprié à chacun des actes réclamés, la liste des rôles figure à l'Annexe I de la présente section;
- **Modificateur (MODIF. : trois chiffres)** : la liste des modificateurs figure à l'annexe II de la présente section;
- **Unités (deux chiffres)** : nombre d'unités;
- **Honoraires** : correspondant au code d'acte, compte tenu du modificateur et des unités;

**Remarque :** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte.

- **Total des honoraires** : inscrire dans la case *TOTAL*, la somme des honoraires figurant dans les cases *HONORAIRES*.

Les honoraires d'une demande de paiement ne peuvent être reportés sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

**Remarque** : Si un seul **code d'acte** est réclamé, l'inscrire sur la **première ligne**.

Ne rien inscrire dans les cases *DENT*, *SURFACE*, *MODIF.*, et *UNITÉS* s'il n'y a pas de numéro de dent, de surface, de modificateur ou d'unités applicables.

**S'il y a plus de huit codes d'acte, rédiger une autre demande de paiement.**

Si plus d'un modificateur s'applique simultanément pour un même acte :

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

# 3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)

Dans les cas suivants :

- 2 nouvelles prothèses ou remplacement de prothèses après 8 ans;

Pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants **pour les services de même nature** :

- 51120**, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
- 52260**, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

Pour la facturation **d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle**, utiliser les codes **51100 avec 52250 ou 51110 avec 52240**.

- 1 remplacement et une nouvelle prothèse;

Dans le cas où l'une des prothèses est remplacée à la suite d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51120 ou 52260 doit être utilisé**. Inscrivez la lettre « **R** » dans la case **C.S.** et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

MÉTHODE DE CALCUL

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

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

# Exemple: 51120 = 1 206,00 \$ divisé par 2 = 603,00 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 603,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 603,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 603,00 \$ divisé par 2 = 301,50 \$.

Si une prothèse est remplacée à la suite d'une perte ou d'un bris:

#	Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	603,00 \$
#	Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	301,50 \$
#	<b>TOTAL du code d'acte 51120</b>	<b>904,50 \$</b>

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



## # 3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCUDIENNE DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				1 2   1 2   0 1	
ADRESSE		EXPIRATION		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS		DATE	
CODE POSTAL		COST		SURFACE	
5 1 1 0 0		SOLÉ		MONT	
UNITES		HONORAIRES		339,00	
NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Bris		GABIE DENTAIRE		NUMÉRO	
		<input type="checkbox"/> S21.0			
		ÉTAT NORMATIF		DATE	
		<input type="checkbox"/> V90.9		ANNÉE MOIS JOUR	
AUTRE		C.S.		R	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
SI CERTIFIÉ AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				339,00	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE				TOTAL	

Le remplacement d'une prothèse à l'intérieur d'une période de **huit** ans est payable à 50 % du tarif prévu.

**Instruction de facturation**

- **Inscrire** la lettre « **R** » dans la case **C.S.**
- **Préciser** dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
- **Indiquer** la date de la mise en bouche de la prothèse.
- **Facturer** les honoraires à **50 % du tarif**.
- **Joindre** une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'**original** de l'autorisation dûment signée doit être conservée dans le dossier du prestataire.

**Remarque :** La date de service correspond à la date de **la mise en bouche** de la prothèse dentaire.



## MÉTHODE DE CALCUL

Le code d'acte 51121 ou le code d'acte 52261 représente 2 prothèses.

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

# Exemple :  $51121 = 1\ 206,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 603,00 \$$ .

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 603,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 603,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % :  $603,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 301,50 \$$ .

Si une prothèse est remplacée à la suite d'une perte ou d'un bris :

#	Valeur de la prothèse suite à une chirurgie buccale payable à 100 %	603,00 \$
#	Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 % . . . . .	301,50 \$
#	<b>TOTAL du code d'acte 51121</b> . . . . .	<b>904,50 \$</b>

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



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

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

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

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

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CARTE DENTAIRE  521.0  V90.9

ÉTAT NORMAL DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

AUTRE C.S.

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

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR 0,9 | 0,6 | 0,1

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	ROLI	MODY	UNITES	HONORAIRES
7,7,3,1,0			4			257:88
7,7,4,1,1			4	0,5,0		85:78
7,7,1,2,1			4	0,5,0		85:78
7,7,1,2,1			4	0,5,0		85:78
7,6,1,0,4			4	0,5,0		13:50
7,6,1,0,4			4	0,5,0		13:50
7,6,1,3,5			4	0,5,0		8:06
7,6,1,3,5			4	0,5,0		8:06
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS						558:34
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE						TOTAL

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 232 0399

SPÉCIMEN

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

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

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CARTE DENTAIRE  521.0  V90.9

ÉTAT NORMAL DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

AUTRE C.S. Q

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

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR 0,9 | 0,6 | 0,1

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	ROLI	MODY	UNITES	HONORAIRES
7,6,1,3,5			4	0,5,0		8:06
7,6,1,3,5			4	0,5,0		8:06
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS						16:12
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE						TOTAL

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 232 0399

SPÉCIMEN

À noter que l'exemple de facturation est présenté en fonction d'un rôle 4 (voir règle d'application 6.8).

3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>			
NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦	

**DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

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

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

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec	
FRENOM ET NOM A LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION	
ADRESSE				ACTE	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				DENT	
CODE POSTAL				SURFACE	
				RÔLE	
				MODIF	
				UNITÉS	
				HORAIRES	
PRT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
		CARE DENTAIRE		NUMÉRO	
		<input type="checkbox"/> 521.0			
		ETAT NORMAL		DATE	
		<input type="checkbox"/> V90.9		ANNÉE MOIS JOUR	
AUTRE		C.S.			
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE	
0,2,4,3,3		0,9,0,6,0,1		ANNÉE MOIS JOUR	
				0,9,0,6,0,1	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE				TOTAL	

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

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

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

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

En cabinet, ne rien inscrire sauf pour les cliniques privées d'anesthésie générale (règle 1.4 du Tarif).

## 3.2.6 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 292 0389	0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		DATE DES SERVICES	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR	
	ADRESSE		CODE POSTAL	
	RÉG. INT. NOM DU DENTISTE		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		AUTORISATION	
	ÉTAT NORMAL		DATE	
	AUTRE		ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		
CODE		TOTAL		

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

*R. Hntel*  
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

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 moulées ainsi que les initiales ne sont pas acceptées pour la signature.

## 3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du 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 _____					À L'USAGE DE LA RÉGIE				
PRENOM ET NOM A LA REMPLIR DATE DE SERVICE ESTOÛ NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE _____					DATE DES SERVICES ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____				
DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ SEXE _____					EXPIRATION _____				
ACTIF/BI CODE POSTAL _____					ACTE _____ SECT _____ SURFACE _____ RÔLE _____ MODIF _____ UNITÉS _____ HONORAIRES _____				
ART _____ NOM DU DENTISTE _____ NUMÉRO _____ GROUPE _____					SPÉCIMEN				
CONSULTATION DEMANDÉE PAR _____ SON NUMÉRO _____									
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____									
COUPE DU DIAGNOSTIC CARTE SORTIR/RE <input type="checkbox"/> S21.0 <input type="checkbox"/> V90.9 ÉTAT NORMAL DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ ALTRIE _____ C.S. _____									
ÉTABLISSEMENT CODE _____ DATE D'ENTRÉE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ DATE DE SORTIE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____					AUTHORIZATION NUMÉRO _____ 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 lisiblement inscrit les renseignements requis. 3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.</p> <p>2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées. 4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'envoie-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> Votre 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> 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> Votre 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> Votre 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><small>Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au futur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.</small></p>									
<b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b>					<b>Adresse pour l'envoi du chèque</b>				
NOM _____					<input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE				
PRENOM _____					NOM, PRENOM OU RAISON SOCIALE _____				
NUMÉRO _____ RUE _____					NUMÉRO _____ RUE _____				
APP _____ VILLE _____					APP _____ VILLE _____				
PROVINCE Québec CODE POSTAL _____					PROVINCE _____ CODE POSTAL _____				
<p><b>Signature de la personne assurée</b></p> <p>Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. X</p> <p>Si vous faites la demande pour un autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :                  MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____                  NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES _____</p> <p>DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____</p> <p>TELEPHONE AU DOMICILE (NO RÉGIONAL) _____</p> <p>TELEPHONE AU TRAVAIL (NO RÉGIONAL) _____</p>									
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** 

### 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 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 prestataire

SPÉCIMEN

<b>Numéro d'autorisation</b> ▶
Numéro de dossier (CP-12)
Centre local d'emploi
Téléphone :

**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 dentiste ou du denturologiste de mon choix, le ou les services décrits ci-dessous :

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

**La prestation spéciale demandée est :**

- Une prothèse initiale 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 perte 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 :**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <i>Supérieure</i>        | <i>Inférieure</i>        | <i>Les deux</i>          |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE COMPLÈTE        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE PARTIELLE       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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	Faité	Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille	Numéro d'assurance maladie du membre de la famille					
<b>A S P D</b>								
<b>Type</b> A – Annulation R – Remplacement E – Emission		<b>Codes de besoin</b>	<b>Supérieure</b>		<b>Inférieure</b>		<b>Les deux</b>	
			Confaction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confaction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confaction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale
			51100	51101	51110	51111	51120	51121
NUMÉRO D'AUTORISATION <small>VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS</small>			52240	52241	52250	52251	52260	52261
			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	C.H.S.L.D., section chronique
	1XXX5	Hébergement public
	2XXX5	Hébergement privé
• Centres de réadaptation :	1XXX3	Centre de réadaptation physique
	4XXX9	Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation
• Centres locaux de services communautaires :	9XXX2	C.L.S.C.
	8XXX5	Point de service de certains C.L.S.C.

### B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

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

ANNEXE VI :  
NUMÉROTATION DES DENTS

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

**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 de Montréal 6863, des Angevins Anjou QC H1K 3R4

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-LeMoine	0095X
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	0044X

## 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 Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Les coordonnées complètes pour la transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

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

**Toute erreur ou omission (date, 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)  
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT SAMEDI LE  
ANNÉE MOIS JOUR

QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)			REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS		
	NUIT	AM	PM									REF.	CODE	DURÉE (JOURS)
				1				2				40		
				3				4				41		
				5				6				42		
				7				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)

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES (7)

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (10)

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

JURÉ OU TÔMEIN  
Spécifier la rémunération reçue (13) MONTANT

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

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 RRG, par la CSST, par la CARPA, par la SAQJ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. (14) MONTANT

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 (14) (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

1216 292 02/05 EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL

SPÉCIMEN

## 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 Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Les coordonnées complètes pour la transmettre sont 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.**

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

**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**  
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie  
**Québec**

---

**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)		

---

QUANTIÉME	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 RÉMUNÉRATION	PLAQUE HORAIRE												
(4)			1				2				3			
			4				5				6			
			7				8				9			
			10				11				12			
			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)) (10) \_\_\_\_\_ (LIEU D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITE)) \_\_\_\_\_

DATE D'ARRIVÉE ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

HEURE D'ARRIVÉE \_\_\_\_\_

DISTANCE TOTALE \_\_\_\_\_ KM

MONTANT RÉCLAMÉ \_\_\_\_\_

---

**HEURES DE DÉPLACEMENT**  
 NOMBRE \_\_\_\_\_

ÉTAMPILAGE DE LA RÉGIE

**ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT** \_\_\_\_\_

LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

(12)

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_

---

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE**  
 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. (11)

DATE ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

DATE ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

---

1215 292 08/05

**EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL**

SPÉCIMEN



**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* (n° 1549) (voir onglet *Manuels et formulaires*) et expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire. Le formulaire est disponible sur le site Internet 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 réglage 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).

- 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).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 6.2; règle d'application 6.3 depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003).
- 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).
- 431** Le prestataire est un revendicateur du statut de réfugié dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise ». La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services. Les services peuvent être réclamés par le biais du *Programme fédéral de santé intérimaire* (PFSI), s'il y a lieu.

- 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 relié au 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).

- 460** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.1).
- 462** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.14).
- 463** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.21).
- 464** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.23).
- 465** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.13).
- 466** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.15).
- 467** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.16).
- 468** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.13).
- 469** Selon la règle d'application 6.22, cet acte ne peut être payé.
- 470** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.6).
- 472** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.10).
- 473** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.11).
- 474** La ou les surfaces dont le traitement est prévu par le code indiqué en référence ont fait l'objet d'une demande de paiement au cours de l'année. C'est pourquoi nous vous payons selon un autre code qui ne couvre que la ou les surfaces qui n'avaient pas été traitées (réf. : Règle d'application 4.10).
- # **475** Selon la règle d'application 2.6, cet acte ne peut être payé.
- 480** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.23, 6.24, 6.25 ou 6.26).
- 481** Acte modifié (Règle d'application 6.10 ou 6.11) ou inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.9, 6.17 ou 6.19).
- 482** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 2.6, 6.1, 6.3 (abolie depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003), 6.14, 6.21 ou 6.23).
- 483** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.13, 6.15 ou 6.16).
- 484** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 4.13 ou 6.22).

- 485** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.6, 4.10, 4.11 ou 6.5).
- 486** La prothèse n'est rémunérée que lorsqu'elle a été effectuée trois (3) mois ou plus après l'ablation des dents (réf. : Règle d'application 7.1).
- 488** L'incision et le drainage d'abcès sont inclus dans l'ablation de dents ou l'ouverture d'urgence d'une chambre pulpaire.
- 489** La rémunération de l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire est incluse dans la rémunération d'un autre acte d'endodontie.
- 490** La Régie ne peut rémunérer les honoraires de l'examen d'urgence étant donné que les services de restauration, d'endodontie ou de chirurgie reliés à cet examen sont refusés et qu'aucun motif n'est présent sur la demande de paiement (réf. : Règle d'application 2.5).
- 491** Le motif de l'examen d'urgence doit être inscrit sur la demande de paiement si aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie n'est dispensé au cours de la même séance (réf. : Règle d'application 2.5).
- 492** En raison de la Règle d'application 2.6.
- 493** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 5.5).
- 494** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 4.2).
- 496** Ce code d'acte ne peut être payé si le protocole opératoire n'accompagne pas la demande de paiement (réf. : Règle d'application 6.17).
- 497** Ce code d'acte est modifié ou annulé selon le maximum d'ostéotomies permises par maxillaire.
- 498** Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.
- 500** Le numéro de dent étant absent ou non acceptable, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour le code d'acte indiqué sur l'état de compte.
- 501** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la dent est absent.
- 505** Le numéro de dent n'est pas acceptable pour ce code d'acte.
- 509** Les honoraires pour le traitement d'alvéolite ou le contrôle d'hémorragie sont refusés puisque le modificateur utilisé ne s'applique pas à ces actes (règle d'application 6.6 - Modificateur 048).
- 510** Le numéro de dent est incompatible avec l'âge de la personne assurée selon le guide d'urgence dentaire.
- 525** Le numéro de surface étant absent ou non acceptable, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour le code d'acte indiqué sur l'état de compte.
- 526** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est absent.
- 527** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est non acceptable.
- 530** Le numéro de surface est incompatible avec le code d'acte réclamé.
- 535** Le numéro de surface est inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 555** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle d'application 6.8 pour le rôle d'assistant au dentiste ou au chirurgien maxillo-faciale.

## 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 ce formulaires, consulter le site Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n<sup>o</sup> 1491). Les coordonnées complètes pour la transmettre sont 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.

De préférence, remplir le formulaire à la machine à écrire ou en caractères d'imprimerie.

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										PRÉNOM										NO DU PROFESSIONNEL																																																	
ENDROIT DE PRATIQUE										NOM DE L'ÉTABLISSEMENT										NO DE L'ÉTABLISSEMENT										DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT																																																	
										OU LOCALITÉ										CODE DE LOCALITÉ										ANNÉE MOIS JOUR																																																	
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>										JOUR										PÉRIODE DU																																																											
QUANTIÈME										01 02 03 04 05 06 07										ANNÉE MOIS JOUR																																																											
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)										SPÉCIMEN										AU																																																											
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)																				MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE																																																											
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>										PÉRIODE										MONTANT RÉCLAMÉ																																																											
DU										ANNÉE MOIS JOUR										AU										ANNÉE MOIS JOUR										<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS																																							
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>										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										AU										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>										PÉRIODE										NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE										<i>N.B.: Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lieu des dépendants qui ont effectué une sortie dans section "Renseignements complémentaires".</i>																																																	
DU										ANNÉE MOIS JOUR										AU										ANNÉE MOIS JOUR																																																	
<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										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR									
1- Ressonement ou perfectionnement										2- Sortie										3- Déménagement										1- Auto										2- Auto										3- Taxi										4- Autres										<b>TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>									
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>																																																																															
ANNÉE MOIS JOUR																																																																															
ANNÉE MOIS JOUR																																																																															
ANNÉE MOIS JOUR																																																																															
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>										J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.										SIGNATURE										DATE										ANNÉE MOIS JOUR										<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>																													
ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR										ANNÉE MOIS JOUR																																							

N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.



## 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 gérodontologie, la médecine buccale/stomatologie et la dentisterie pédiatrique. À cette fin, il doit être présent auprès de la personne assurée et s'identifier lors de la dispensation du service et y participer. Il doit en outre contrôler les observations consignées au dossier et les contresigner. Le dentiste peut facturer les services rendus par des dentistes résidents pour un maximum de trois dentistes résidents supervisés simultanément.

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

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

**1.2** Le dentiste peut soumettre une demande de considération spéciale :

- a) pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente, l'acte est alors rémunéré au tarif déjà fixé pour cet acte;
- b) pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant 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 187 \$ 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. . . . . 187,00

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

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

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

**Dents permanentes**

(supérieur droit)	(supérieur gauche)																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">18</td><td style="border-right: 1px solid black;">17</td><td style="border-right: 1px solid black;">16</td><td style="border-right: 1px solid black;">15</td><td style="border-right: 1px solid black;">14</td><td style="border-right: 1px solid black;">13</td><td style="border-right: 1px solid black;">12</td><td style="border-right: 1px solid black;">11</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">48</td><td style="border-right: 1px solid black;">47</td><td style="border-right: 1px solid black;">46</td><td style="border-right: 1px solid black;">45</td><td style="border-right: 1px solid black;">44</td><td style="border-right: 1px solid black;">43</td><td style="border-right: 1px solid black;">42</td><td style="border-right: 1px solid black;">41</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	48	47	46	45	44	43	42	41	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">21</td><td style="border-right: 1px solid black;">22</td><td style="border-right: 1px solid black;">23</td><td style="border-right: 1px solid black;">24</td><td style="border-right: 1px solid black;">25</td><td style="border-right: 1px solid black;">26</td><td style="border-right: 1px solid black;">27</td><td style="border-right: 1px solid black;">28</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">31</td><td style="border-right: 1px solid black;">32</td><td style="border-right: 1px solid black;">33</td><td style="border-right: 1px solid black;">34</td><td style="border-right: 1px solid black;">35</td><td style="border-right: 1px solid black;">36</td><td style="border-right: 1px solid black;">37</td><td style="border-right: 1px solid black;">38</td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11																										
48	47	46	45	44	43	42	41																										
21	22	23	24	25	26	27	28																										
31	32	33	34	35	36	37	38																										
(inférieur droit)	(inférieur gauche)																																

**Dents primaires**

(supérieur droit)	(supérieur gauche)																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">55</td><td style="border-right: 1px solid black;">54</td><td style="border-right: 1px solid black;">53</td><td style="border-right: 1px solid black;">52</td><td style="border-right: 1px solid black;">51</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">85</td><td style="border-right: 1px solid black;">84</td><td style="border-right: 1px solid black;">83</td><td style="border-right: 1px solid black;">82</td><td style="border-right: 1px solid black;">81</td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	85	84	83	82	81	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">61</td><td style="border-right: 1px solid black;">62</td><td style="border-right: 1px solid black;">63</td><td style="border-right: 1px solid black;">64</td><td style="border-right: 1px solid black;">65</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">71</td><td style="border-right: 1px solid black;">72</td><td style="border-right: 1px solid black;">73</td><td style="border-right: 1px solid black;">74</td><td style="border-right: 1px solid black;">75</td> </tr> </table>	61	62	63	64	65	71	72	73	74	75
55	54	53	52	51																	
85	84	83	82	81																	
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. . . . . 56,50

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

### Frais pour déplacement en urgence

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

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

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

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

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

**Renvoi à un 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. . . . . 45,75

**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 . . . . . 7,00

**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. . . . . 6,00

**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 . . . . .	44,25
<b>+01130</b>	Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus . . . . .	55,00

**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.*

+		
<b>+01121</b>	Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans (pour des fins oncologiques) . . . . .	44,25
<b>+01131</b>	Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus (pour des fins oncologiques) . . . . .	55,00

**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

**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 ..... 25,50

**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.*

*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 ..... 201,00

**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.

**# 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 . . . . . 9,00

**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 . . . . . 30,00

**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 . . . . . 52,50

**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 ..... 12,75

**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 linguale	89 .....	38,25
+ 21231				92 .....	38,25
+ 21232		Classe III	mésiale distale	90 .....	76,75
+ 21232				91 .....	76,75
+ 23101	<b>Matériau esthétique</b>	Classe I	incisive linguale	89 .....	64,25
+ 23101				92 .....	64,25
+ 23103		Classe III	mésiale distale	90 .....	72,50
+ 23103				91 .....	72,50
+ 23104		Classe IV	mésiale distale	95 .....	130,25
+ 23104				96 .....	130,25
+ 23102		Classe V	buccale linguale	93 .....	64,25
+ 23102				94 .....	64,25
+ 23105	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97 ...	174,00
+ 23108	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87 ...	178,00

**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<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 .....	21,75
+ <b>21102</b>	deux surfaces .....	59,25
+ <b>21103</b>	trois surfaces .....	74,75
+ <b>21104</b>	quatre surfaces .....	100,00
+ <b>21105</b>	cinq surfaces .....	133,00

#### Prémolaire

<b>21999</b>	valeur de base .....	16,50
+ <b>21211</b>	une surface .....	21,75
+ <b>21212</b>	deux surfaces .....	61,75
+ <b>21213</b>	trois surfaces .....	77,00
+ <b>21214</b>	quatre surfaces .....	105,25
+ <b>21215</b>	cinq surfaces .....	137,50

#### Molaire permanente

<b>21999</b>	valeur de base .....	16,50
+ <b>21221</b>	une surface .....	34,75
+ <b>21222</b>	deux surfaces .....	72,25
+ <b>21223</b>	trois surfaces .....	100,00
+ <b>21224</b>	quatre surfaces .....	125,25
+ <b>21225</b>	cinq surfaces .....	165,00

### 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 .....	52,50
+ <b>23302</b>	deux surfaces .....	96,00

**Tenon par restauration**

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

+ 21301	un tenon . . . . .	19,25
+ 21302	deux tenons . . . . .	30,00
+ 21306	trois tenons ou plus . . . . .	42,00

**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 . . . . .	121,00
---------	-----------------------------------	--------

## Métallique

+ 27401	antérieure primaire . . . . .	121,00
+ 27403	postérieure primaire . . . . .	121,00
+ 27411	antérieure permanente . . . . .	121,00
+ 27413	postérieure permanente . . . . .	137,00

**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 . . . . .	61,25
---------	---	-------

**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-vingt (180) jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

+31111 Pansement sédatif ..... 53,50

**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.

+32211 Pulpotomie sur dent primaire..... 67,50

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.

+32310 Pulpectomie sur dent primaire..... 67,50

**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.

<b>+33501</b>	Un canal . . . . .	278,00
<b>+33502</b>	Deux canaux . . . . .	356,00
<b>+33503</b>	Trois canaux . . . . .	430,00
<b>+33504</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	508,00

**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 canalair avec pointe de gutta-percha ou tige d'argent.

<b>+33001</b>	Un canal . . . . .	330,00
<b>+33002</b>	Deux canaux . . . . .	470,00
<b>+33003</b>	Trois canaux . . . . .	602,00
<b>+33004</b>	Quatre canaux et plus . . . . .	797,00

**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.

<b>+33999</b>	Traitement de canal partiel sur dent permanente . . . . .	65,00
---------------	---	-------

**TRAITEMENT D'URGENCE**

<b>+39910</b>	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire . . . . .	59,00
---------------	--	-------

**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.

# **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 . . . . .	79,25
+71111	chaque dent additionnelle . . . . .	55,50
	sous anesthésie générale :	
+71401	première dent . . . . .	79,25
+71411	chaque dent additionnelle . . . . .	55,50

**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 . . . . .	139,50
+72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux . . . . .	124,75
+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 . . . . .	166,00

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

+72230	entièrement couverte . . . . .	239,00
	partiellement couverte :	
+72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale . . . . .	267,00
+72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée . . . . .	267,00

**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 . . . . .	69,75
+72311	chaque dent additionnelle . . . . .	69,75
	sous anesthésie générale :	
+72351	première dent . . . . .	69,75
+72361	chaque dent additionnelle . . . . .	69,75

**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) . . . . .	139,50
--------	--	--------

**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 . . . . .	454,00
+72411	sans appareil de traction . . . . .	197,00

**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 . . . . .	46,00
+ 75101	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain . . . . .	191,00
+ 75200	incision extra-orale d'un abcès . . . . .	191,00
+ 75220	drainage d'urgence d'un abcès parodontal . . . . .	46,00

**Traitement des ostéites**

	Alvéolite (une ou plusieurs) traitement par séance	
+ 79615	sans anesthésie . . . . .	26,75
+ 79616	avec anesthésie . . . . .	50,50

## Ostéomyélite

#	<b><u>AVIS</u></b> : <i>Voir la règle d'application 6.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.</i>	
	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 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

**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 rétrotubérosité (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 . . . . .	43,25
<b>+73002</b>	plus de 1 cm à 3 cm . . . . .	86,50
<b>+73003</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	144,00
<b>+73004</b>	plus de 6 cm à 9 cm . . . . .	187,00
<b>+73005</b>	plus de 9 cm à 12 cm . . . . .	230,00
<b>+73006</b>	plus de 12 cm . . . . .	288,00

### 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
	siolithotomie par voie buccale :	
79104	tiers antérieur du canal	88,25
79105	deux tiers postérieurs du canal	273,75
79110	siolithotomie 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	159,00



**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 . . . . .	156,00
+42011	4 dents à 6 dents . . . . .	241,00
+42012	7 dents à 9 dents . . . . .	397,00
+42013	10 dents à 12 dents . . . . .	483,00
+42014	13 dents à 15 dents . . . . .	724,00
+42015	16 dents et plus . . . . .	724,00

**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) . . . . .	46,75
--------	--	-------

**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 . . . . .	70,00
+79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire), par séance . . . . .	70,00

**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

<b>76968</b>	plus de 21 cm. ....	504,75
<b>Intervention sur le trijumeau</b>		
<b>79208</b>	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur .....	425,50
<b>79203</b>	Avulsion d'une branche du trijumeau .....	150,50
<b>79204</b>	Transposition et décompression neurale .....	253,25
<b><u>AVIS :</u> Voir la règle d'application 6.15 pour le code d'acte 79204.</b>		
<b>79211</b>	Alcoolisation d'une branche du trijumeau .....	97,25
<b>79212</b>	Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance) .....	48,75
<b>79257</b>	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon) .....	703,50
<b>79259</b>	Suture nerveuse (neurorrhaphie) .....	108,25
<b>79402</b>	<b>Trachéotomie</b> .....	199,25
<b>79403</b>	<b>Intubation percutanée sous-mandibulaire</b> .....	181,75
<b>Fissure palatine</b>		
<b>77730</b>	Fermeture d'une fissure palatine. ....	351,75
<b>77710</b>	Rallongement complémentaire du palais .....	351,75
<b>77740</b>	Reconstruction de la crête alvéolaire pour déficuosité du palais antérieur. ....	351,75
<b>Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)</b>		
<b>74224</b>	Partielle .....	232,75
<b>74226</b>	Totale .....	447,00
<b>77860</b>	<b>Glossectomie</b> .....	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) réduction fermée .....	179,50
<b>76310</b>	réduction ouverte .....	326,50
<b>76312</b>		
	Le Fort II (demi ou complet) réduction fermée (unique ou multiple) .....	270,25
<b>76410</b>	réduction ouverte .....	
<b>76420</b>	unilatérale .....	460,00
<b>76430</b>	bilatérale .....	671,50
	naso-orbitaire réduction ouverte (comprenant l'intervention sur les tissus palpébraux) unilatérale .....	460,00
<b>76511</b>	bilatérale .....	671,50
<b>76512</b>		
<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 unilatérale .....	460,00
<b>76413</b>	bilatérale .....	671,50
<b>76414</b>		
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert unilatérale .....	624,50
<b>76421</b>	bilatérale .....	837,25
<b>76431</b>		
	Le Fort III réduction fermée .....	472,75
<b>76810</b>	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 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.

<b>76210</b>	réduction fermée (unique ou multiple) .....	349,50
	réduction ouverte (unique ou multiple) un site :	
	approche intra-orale .....	626,75
<b>76221</b>	approche extra-orale .....	626,75
<b>76222</b>	approches intra et extra-orales .....	947,50
<b>76223</b>		
	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

**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 :	
<b>76241</b>	approche intra-orale . . . . .	978,75
<b>76242</b>	approche extra-orale . . . . .	978,75
<b>76243</b>	approches intra et extra-orales . . . . .	1 466,25

**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.*

<b>76260</b>	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	
<b>76520</b>	par voie sinusale . . . . .	460,00
<b>76510</b>	par voie externe . . . . .	346,25
<b>76530</b>	avec plastie . . . . .	514,00
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
<b>76521</b>	latérale . . . . .	460,00
<b>76522</b>	médiane . . . . .	460,00
<b>76523</b>	supérieure . . . . .	514,00

### Os alvéolaire

**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.*

<b>76911</b>	3 cm et moins . . . . .	39,25
<b>76912</b>	plus de 3 cm à 6 cm . . . . .	52,75
<b>76913</b>	plus de 6 cm. . . . .	63,00
<b>76920</b>	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . .	100,75
<b>76930</b>	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents . . . . .	202,50
+ <b>76939</b>	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) . . . . .	262,00

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

+ <b>76940</b>	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle) . . . . .	368,00
----------------	---	--------

**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 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

	Mandibulaire	
<b>77121</b>	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77451</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77422</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77440</b>	segmentaire préprothétique. . . . .	451,25
	Maxillaire	
<b>77310</b>	Le Fort I (avec ou sans ostectomie) . . . . .	1 031,50
	(cet acte compte pour 2 ostéotomies)	
<b>77411</b>	segmentaire (unilatérale) . . . . .	686,25
<b>77412</b>	segmentaire antérieur . . . . .	686,25
<b>77400</b>	segmentaire préprothétique. . . . .	716,50
<b>77720</b>	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur) . . . . .	138,50
<b>77320</b>	Le Fort II . . . . .	C.S.
<b>77325</b>	Le Fort III . . . . .	C.S.
<b>77315</b>	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale) . . . . .	364,75
<b>77305</b>	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort) . . . . .	1 031,50

**Ostéotomie inter-dentaire**

Pour les fins de l'entente, l'ostéotomie inter-dentaire consiste dans une section totale de la structure osseuse pour obtenir une mobilité complète d'une dent

<b>77610</b>	au maxillaire . . . . .	207,75
<b>77611</b>	à la mandibule . . . . .	207,75

**Corticotomie**

<b>77600</b>	Corticotomie (par dent; maximum de 4 dents par maxillaire). Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent. . . . .	85,50
--------------	---	-------

**Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)**

<b>77452</b>	repositionnement bilatéral . . . . .	506,50
<b>77453</b>	diminution . . . . .	380,00

## PROTHÈSE ACRYLIQUE

**AVIS :** Ces services ne sont assurés que pour les prestataires d'une 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 :** 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 .....	678,00
+51110	inférieure .....	874,00
+51120	supérieure et inférieure .....	1 206,00

#### Partielle

+52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis .....	415,00
+52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	415,00
+52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	753,00



**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 .....	678,00
+51111	inférieure .....	874,00
+51121	supérieure et inférieure .....	1 206,00

**Partielle**

+52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis .....	415,00
+52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	415,00
+52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis .....	753,00

**C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION**

+56100	Regarnissage supérieur (après trois mois) .....	211,00
+56101	Regarnissage inférieur (après trois mois) .....	211,00

**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) .....	94,00
+55102	Réparation sans empreinte (inférieure) .....	94,00
+55201	Réparation avec empreinte (supérieure) .....	126,00
+55202	Réparation avec empreinte (inférieure) .....	126,00

# **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 .....	126,00
+55530	Maxillaire inférieur .....	126,00

# **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**

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.

## # 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 Internet 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 *Demande de manuel ou brochure (format papier)* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Internet 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 Internet 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 format 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*.

Seules les commandes formulées par le dentiste lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

D'autres formulaires et demandes de paiement papier sont disponibles. La liste des principaux formulaires papier est au verso du formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491).

#### 14.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le site Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Pour acheminer votre demande, référez-vous aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.