



MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 46
AVRIL 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

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [28](#), [29](#) et [81](#)

LETTRES D'ENTENTE

- Modification d'ordre administratif

Page : [10](#)

ENTENTES PARTICULIÈRES

- Modification d'ordre administratif

Page : [3](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [10](#) et [12](#) à 17

PAIEMENT À L'ACTE

- Nouveau message explicatif n° 171

Page : [12](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modification de tarif

Pages : [2](#) à 9, [11](#) à 14, [17](#) à 19, [23](#) à 25, [29](#), [32](#) et [33](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 205 / 2012-11-26

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

	<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.....	6
11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	6
11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement	6
11.4.3 Paiement refusé en partie	6
11.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
11.4.5 Modification d'une demande déjà payée	6
11.4.6 Annulation d'une demande de remboursement	7
11.5 CODES DE TRANSACTIONS	8
MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES	9
11.6 MESSAGES EXPLICATIFS.....	9
12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES.....	1
DIAGNOSTIC	4
PRÉVENTION.....	7
RESTAURATION.....	8
ENDODONTIE	13
TRAITEMENT D'URGENCE.....	13
CHIRURGIE	15
PROTHÈSE ACRYLIQUE	32
TABLEAU : LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS	35
13. INDEX ALPHABÉTIQUE DES DIAGNOSTICS	1
INDEX ALPHABÉTIQUE	3
14. MANUELS ET FORMULAIRES	1
14.1 MANUEL	1
# 14.1.1 Manuel sur Internet	1
# 14.1.2 Manuel papier et commande.....	1
14.2 FORMULAIRES	1
# 14.2.1 Formulaire sur Internet.....	1
# 14.2.2 Formulaire papier.....	1
# 14.2.3 Commande.....	1

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 2014-04-01
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 **incluent** 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 2014-04-01
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 **incluent** 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 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 ^{er} décembre 2012 au 28 février 2013	99 615 \$
Du 1 ^{er} mars 2013 au 31 mai 2013	101 663 \$
Du 1 ^{er} juin 2013 au 28 février 2014	102 703 \$
Du 1 ^{er} mars 2014 au 31 mai 2014	104 474 \$
Au 1 ^{er} 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, Kangiqsualujuaq, 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^e 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 Havre-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 Havre-St-Pierre inclusivement;

Les Îles-de-la-Madeleine.

Secteur I :

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

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^{er} 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^e 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^{er} 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 _____^e jour de _____ 2012.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

SERGE LANGLOIS
Président
Association des chirurgiens dentistes
du Québec

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'ajouteront, 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 % accordée 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^{er} 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.

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

#

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 232 0399

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

DATE DE NAISSANCE

EXPIRATION

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1, 3 | 0, 4 | 0, 1

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITÉS HONORAIRES
2 1 1 0 1 8 5 1 0 1 0 4 1 23:00

ADRESSE CODE POSTAL

PRÉ. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE AUTORISATION NUMÉRO

ÉTAT NORMAL S21.0 DATE ANNÉE MOIS JOUR

AUTRE V90.9 C.S.

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

23:00 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE, OU DE SON MANDATAIRE

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)

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1 3 | 0 4 | 0 1

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 282 0359

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

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

ADRESSE CODE POSTAL

ACTE DENT SURFACE PÔLE MODÉ UNITÉS HORAIRES
5 1 1 2 0 932:25

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE NUMÉRO AUTORISATION
Bris 521.0 V90.9 DATE ANNÉE | MOIS | JOUR
AUTRE C.S. R

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS 932:25 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

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. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps 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 conservé dans le dossier du prestataire.

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 : $51120 = 1\,243,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 621,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 621,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 621,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $621,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 310,75 \$$.

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

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	621,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	310,75 \$
TOTAL du code d'acte 51120	932,25 \$

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 MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO				ANNÉE MOIS JOUR	
SECOURSÉTEL DE LA CARTE				1 3 0 4 0 1	
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				ACTE DENT SURRAGE FOLLI MOOD UNITES HONORAIRES	
ADRESSE				5,1,1,0,0	
CODE POSTAL					
INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		349:50	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				AUTORISATION	
Bris				NUMÉRO	
CODE DU DIAGNOSTIC		ÉTAT NORMATIF		DATE	
C21.0		V90.9		ANNÉE MOIS JOUR	
AUTRES		C.S.			
		R			
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				349:50	
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**.
- # - Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps 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 conservé dans le dossier du prestataire.
- Remarque** : La date de service correspond à la date de **la mise en bouche** de la prothèse dentaire.

3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale

0000		NUMERO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCANDINAVE DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				1 3 0 4 0 1	
ADRESSE				EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				ACTE DENT SURFACE SOLI MODR UNITES HONORAIRES	
EXPIRATION				5 1 1 2 1	
CODE POSTAL				932 25	
PNT. NOM DU DENTISTE		NUMERO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMERO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Bris et remplacement, suite à une chirurgie buccale. Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.		CARTE DENTAIRE		NUMERO	
		<input type="checkbox"/> 521.0		DATE	
		EXTRA NORMAL		ANNÉE MOIS JOUR	
		<input type="checkbox"/> V90.9			
		AUTRE		C.S.	
		A R			
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				932 25	
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE				TOTAL	

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale
- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse
- 2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale
- Pour la facturation d'un remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse ou pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants :
 - 51121**, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
 - 52261**, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

Remarque : Dès l'instant où on remplace des prothèses de catégories différentes, on facture avec les codes respectifs de chaque catégorie.

- Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52250 ou 52251, 51100 avec 52251, 51111 avec 52240 ou 52241, 51110 avec 52241

- # - À la suite d'une chirurgie buccale, si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, le **code 51121** ou **52261** doit être utilisé. Inscrire les lettres « **A** » et « **R** » dans la case C.S. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. **L'original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

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 = 1 243,00 \$ divisé par 2 = 621,50 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 621,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 621,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 621,50 \$ divisé par 2 = 310,75 \$.

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 % .	621,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	310,75 \$
TOTAL du code d'acte 51121	932,25 \$

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

3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNEE MOIS JOUR
1 3 | 0 4 | 0 1

ACTE DENT SURFACI SOLÉ MODI UNITES HOROGRAFES
5 1 1 0 1 699:00

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0099

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

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION MOIS

ADRESSE CODE POSTAL

INIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Remplacement, suite à une chirurgie buccale. Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.

CODE DU DIAGNOSTIC CARIE DENTAIRE 421.0
ETRIE NORMAL V90.9
AUTORISATION NUMÉRO
DATE ANNEE MOIS JOUR
AUTRE C.S. A

ÉTABLISSEMENT
CODE DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR

SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 699:00

SPÉCIMEN

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 suite à une **chirurgie buccale**.

- # Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. **L'original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

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^{re} demande de paiement

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE
ADRESSE
ANNÉE MOIS JOUR SEXE
EXPIRATION
CODE POSTAL

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

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODÈ	UNITÉS	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

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CARTE DENTAIRE
 521.0
 V90.9
ÉTAT NORMAL
AUTRE
DATE ANNÉE MOIS JOUR
ANNÉE MOIS JOUR

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

558:34 TOTAL

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0389

SPÉCIMEN

2^e demande de paiement

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE
ADRESSE
ANNÉE MOIS JOUR SEXE
EXPIRATION
CODE POSTAL

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

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODÈ	UNITÉS	HONORAIRES
7,6,1,3,5			4	0,5,0		8:06
7,6,1,3,5			4	0,5,0		8:06

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CARTE DENTAIRE
 521.0
 V90.9
ÉTAT NORMAL
AUTRE
DATE ANNÉE MOIS JOUR
ANNÉE MOIS JOUR

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

16:12 TOTAL

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0389

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 Québec			
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

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 282 0359	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	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		ACTE DENT SURFACE RÔLE MODS UNITÉS HORAIRES	
	ADRESSE CODE POSTAL				AUTORISATION NUMÉRO		SPÉCIMEN	
	RNT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE			
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARE DENTAIRE <input type="checkbox"/> 521.0 ETAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9 AUTRE C.S.		DATE ANNÉE MOIS JOUR			
	CODE 0,2,4,3,3		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR 0,9,0,6,0,1		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR 0,9,0,6,0,1		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
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 - 0399	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES (JOUR)	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		ACTE DENT SURFACE SOUS MODIF UNITES HONORAIRES	
	ADRESSE		CODI. POSTAL			
	INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR			SON NUMÉRO		
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC	AUTORISATION	NUMÉRO	
			[] 521.0	DATE	ANNÉE MOIS JOUR	
			[] V90.9	AUTRE	C.S.	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SPÉCIMEN		
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR				
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
				R. Hntel		
				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE		
				TOTAL		

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									
PRÉNOM ET NOM A LA REMPLISSANCE (NOM DE SERVICE ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE)					NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE				
DATE DE NAISSANCE					ANNEE MOIS JOUR SEXE				
ACTIF/BIEN					EXPIRATION				
ADRESSE (RUE, APP, VILLE, PROVINCE)					CODE POSTAL				
INT. NOM DU DENTISTE					NUMÉRO GROUPE				
CONSULTATION DEMANDÉE PAR					SON NUMÉRO				
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES					CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTISTE				
DATE D'ENTRÉE EN SERVICE					AUTORISATION NUMÉRO				
DATE DE SORTIE					DATE ANNEE MOIS JOUR				
ÉTABLISSEMENT					C.S.				
CODE ANNEE MOIS JOUR					DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR				
DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR					DATE ANNEE MOIS JOUR				
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE				
A L'USAGE DE LA RÉGIE					DATE DES SERVICES ANNEE MOIS JOUR				
ACTE					DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES				
TOTAL					SPÉCIMEN				

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré.

- Vérifiez que le dentiste a bien signé la partie du haut et qu'il a soigneusement inscrit les renseignements requis.
- Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et sélectionnez les directives appropriées.
- Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le dentiste.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

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.

- Vous carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.
- Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté :** 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.
- Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** Si ce n'est déjà fait, 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.
- Vous carte d'assurance maladie est expirée :** Si ce n'est déjà fait, 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.
- Vous carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :** Si ce n'est déjà fait, 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.

Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes inaptes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne inapte et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée

NOM _____

PRENOM _____

NUMERO RUE _____

APP VILLE _____

PROVINCE **Q u é b e c** CODE POSTAL _____

Adresse pour l'envoi du chèque

MÈME PERSONNE RESPONSABLE INSTITUTION RESPONSABLE

NOM, PRENOM OU RAISON SOCIALE _____

NUMERO RUE _____

APP VILLE _____

PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

Signature de la personne assurée

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

MÈRE PÈRE AUTRE :

DATE ANNEE MOIS JOUR _____

TELEPHONE AU DOMICILE (NO REGIONAL) _____

TELEPHONE AU TRAVAIL (NO REGIONAL) _____

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 :

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

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.

RÈGLE GÉNÉRALE	MODIF.
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.	008
RÈGLE D'APPLICATION 1.4	
Tous les actes posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cent pour cent (100 %) du tarif établi	041
CHIRURGIE	
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	013
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	014
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 %	050
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 %	010
Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 %	048
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	046
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.	050

RÈGLE D'APPLICATION 6.27

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

AUTRES SITUATIONS

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

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

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

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

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

ANNEXE III :

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

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

- Remplacement d'une prothèse 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



Numéro d'autorisation ▶
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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Date</small>	<small>Signature du prestataire</small>

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Date d'émission de l'autorisation</small>	<small>Agent responsable de l'autorisation</small>

Réservé au Ministère

Transaction	Faite	Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille		Numéro d'assurance maladie du membre de la famille				
A S P D								
Type A – Amputation R – Remplacement E – Emission	<input type="checkbox"/>	Codes de besoin	Supérieure		Inférieure		Les deux	
			<small>Caractères, remplacement, bris ou perte</small>	<small>Chirurgie buccale</small>	<small>Caractères, remplacement, bris ou perte</small>	<small>Chirurgie buccale</small>	<small>Caractères, remplacement, bris ou perte</small>	<small>Chirurgie buccale</small>
Prothèse complète			51100	51101	51110	51111	51120	51121
Prothèse partielle			52240	52241	52250	52251	52260	52261
Regarnissage			56100	—	56101	—	—	—
NUMÉRO D'AUTORISATION		VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS						

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

Code d'établissement	Clinique
51332	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal QC H3P 2V9
51302	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-LeMoyne	0095X
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	0044X

MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE**7.9 MESSAGES EXPLICATIFS**

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 101** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, incomplets, invalides ou illisibles.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 106** Le numéro d'assurance maladie est absent et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.. (réf. : section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet *Rémunération à l'acte*). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée, telle que fournie (réf. : section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet *Rémunération à l'acte*). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 109** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou la personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- 110** Carte d'assurance maladie expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Numéro d'assurance maladie absent et date de naissance postérieure à la date des services. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services et, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.
- 115** L'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas admissible au programme d'aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet *Personnes assurées*). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 130** La personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 133** Le prestataire n'est pas admissible aux services dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** La carte d'assurance maladie de la personne assurée est annulée à la date de service selon l'information disponible à la RAMQ.
- 160** Le code d'acte est non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **171** Le service n'est pas payable, car la personne assurée en a déjà fait le paiement à l'établissement où les services ont été rendus.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou une perte, ces services doivent être facturés sous le code d'acte 51120 ou 52260, et le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif. Voir l'onglet *Rémunération à l'acte*, point 3.2.4.3 pour les instructions de facturation simultanée de deux prothèses, et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être utilisés lorsqu'un service a été rendu pour les deux maxillaires à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car les informations apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire d'autorisation sont incompatibles avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 200** Les services pour lesquels vous demandez un paiement ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-participant, les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. (références : art. 36 de la *Loi sur l'assurance maladie*, art. 27 du Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie* et art. 16.01 - 5^e alinéa de l'entente des dentistes).
- 203** Selon nos dossiers, votre type de permis de pratique régulier limité ne vous permet pas de facturer ce code d'acte.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 207** Pour recevoir paiement pour des services rendus à des québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance technique peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 216** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI où il est spécifié que seul un pédodontiste a droit au montant forfaitaire.
- 223** Votre statut de résident en médecine dentaire ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 232** Le numéro du professionnel référent doit débiter par le chiffre 1, 2, 6 ou 7.
- 250** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas identifié sur la demande de paiement. Voir la section 3.2.2.2, sous l'onglet *Rémunération à l'acte*.
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ne figure pas à nos fichiers. Voir la section 3.2.2.2, sous l'onglet *Rémunération à l'acte*.
- 256** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI qui stipule que seul un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste, un médecin omnipraticien ou spécialiste est habilité à référer un enfant de moins de dix ans à un pédodontiste.
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation est inéligible à la date de l'acte.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.

- 309** Date des services absente, illisible, incomplète, impossible ou il y a plus d'une date.
- 311** Date de naissance de la personne assurée postérieure à la date des services rendus.
- 312** Date des services postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter ces renseignements :
- La lettre « **B** » doit être inscrite dans la case C.S.
 - Le numéro d'identification de la demande de paiement initiale refusée ainsi que la date de l'état de compte sur lequel elle figurait doivent être inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 320** Date des services impossible. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** Date des services absente, illisible ou incomplète.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 323** Paiement refusé en raison du non respect du délai entre la date de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, et la date des services.
- 324** Date d'autorisation absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 333** Les honoraires de l'acte sont non payables. Vous devez vous conformer à l'avis relié au code d'acte facturé.
- 355** En fonction du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé, une seule unité est payable au cours d'une même séance.
- 360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Acte non assuré à la date du service.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.

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

RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

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

1.2 Le dentiste peut soumettre une demande de considération spéciale :

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

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

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

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

- + **1.4** Lorsqu'au cours d'une séance, des actes de restauration et d'endodontie sont posés sous anesthésie générale, le dentiste a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 192 \$ par personne assurée comme frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. Ce montant est applicable une seule fois par période de cent quatre-vingts (180) jours pour une même personne assurée.

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

- Les actes de restauration et d'endodontie comprennent les services sur les dents permanentes aussi bien que sur les dents primaires.
- Aux fins d'exclure l'application des règles du plafonnement trimestriel, veuillez inscrire le modificateur 041 pour chacun des actes de restauration ou d'endodontie sous anesthésie générale (voir Annexe VII).

+92221 Frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. 192,00

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 ^{er} janvier	Fête du Canada
2 janvier	Fête du Travail
Vendredi Saint	Action de grâce
Lundi de Pâques	25 décembre
Journée nationale des Patriotes	26 décembre
Fête nationale du Québec	

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

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

+94405 Supplément pour déplacement en urgence. 58,25

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. 47,25

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 7,25

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. 6,25

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.

+01120	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	45,50
+01130	Examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus	56,75

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

+01121	Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans (pour des fins oncologiques)	45,50
+01131	Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans ou plus (pour des fins oncologiques)	56,75

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 26,25

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 207,00

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 9,25

Nettoyage des dents

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

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

+11200 Nettoyage des dents 31,00

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 54,25

Application topique de fluorure

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

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

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

+12400 Application topique de fluorure 13,00

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	Amalgame	Classe I	incisive linguale	89	39,50
+21231				92	39,50
+21232		Classe III	mésiale distale	90	79,25
+21232				91	79,25
+23101	Matériau esthétique	Classe I	incisive linguale	89	66,25
+23101				92	66,25
+23103		Classe III	mésiale distale	90	74,75
+23103				91	74,75
+23104		Classe IV	mésiale distale	95	134,50
+23104				96	134,50
+23102		Classe V	buccale linguale	93	66,25
+23102				94	66,25
+23105	Reconstitution complète du tiers incisif comprenant toute autre obturation sur la même dent			97 ...	179,25
+23108	Reconstitution complète d'une dent en matériau esthétique			87 ...	183,25

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

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

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

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En amalgame

Molaire primaire

21999	valeur de base	16,50
+ 21101	une surface	23,00
+ 21102	deux surfaces	61,75
+ 21103	trois surfaces	77,50
+ 21104	quatre surfaces	103,50
+ 21105	cinq surfaces	137,50

Prémolaire

21999	valeur de base	16,50
+ 21211	une surface	23,00
+ 21212	deux surfaces	64,00
+ 21213	trois surfaces	79,75
+ 21214	quatre surfaces	109,00
+ 21215	cinq surfaces	142,25

Molaire permanente

21999	valeur de base	16,50
+ 21221	une surface	36,00
+ 21222	deux surfaces	75,00
+ 21223	trois surfaces	103,00
+ 21224	quatre surfaces	129,00
+ 21225	cinq surfaces	170,00

En matériau esthétique

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

23999	valeur de base	16,50
+ 23301	une surface	54,00
+ 23302	deux surfaces	99,00

Tenon par restauration

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

+ 21301	un tenon	19,75
+ 21302	deux tenons	30,75
+ 21306	trois tenons ou plus	43,25

Couronne préfabriquée

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

AVIS : *Voir les règles d'application 1.4 et 4.2*

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

Matériau esthétique

+ 27421	sur antérieure primaire	124,75
---------	-----------------------------------	--------

Métallique

+ 27401	antérieure primaire	124,75
+ 27403	postérieure primaire	124,75
+ 27411	antérieure permanente	124,75
+ 27413	postérieure permanente	141,50

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	63,25
---------	---	-------

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

+ **31111** Pansement sédatif 55,25

AVIS : Pour tous les actes d'endodontie :

- *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents);*
- *Voir les règles d'application 1.4 pour la rémunération de l'anesthésie générale.*

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 69,50

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 69,50

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.

+33501	Un canal	287,00
+33502	Deux canaux	367,00
+33503	Trois canaux	443,00
+33504	Quatre canaux et plus	524,00

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

+33001	Un canal	340,00
+33002	Deux canaux	485,00
+33003	Trois canaux	621,00
+33004	Quatre canaux et plus	821,00

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

+33999	Traitement de canal partiel sur dent permanente	67,00
---------------	---	-------

TRAITEMENT D'URGENCE

+39910	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	60,75
---------------	--	-------

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	81,75
+ 71111	chaque dent additionnelle	57,25
	sous anesthésie générale :	
+ 71401	première dent	81,75
+ 71411	chaque dent additionnelle	57,25

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	143,75
+ 72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	128,75
+ 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	171,00

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

+ 72230	entièrement couverte	246,00
	partiellement couverte :	
+ 72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale .	276,00
+ 72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée .	276,00

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	71,75
+ 72311	chaque dent additionnelle	71,75
	sous anesthésie générale :	
+ 72351	première dent	71,75
+ 72361	chaque dent additionnelle	71,75

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)	143,75
---------	--	--------

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	468,00
+ 72411	sans appareil de traction	203,00

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	47,50
+ 75101	incision intra-orale d'un abcès situé dans un espace anatomique majeur et mise en place d'un drain	197,00
+ 75200	incision extra-orale d'un abcès	197,00
+ 75220	drainage d'urgence d'un abcès parodontal	47,50

Traitement des ostéites

	Alvéolite (une ou plusieurs) traitement par séance	
+ 79615	sans anesthésie	27,75
+ 79616	avec anesthésie	52,25

Ostéomyélite

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

	traitement non chirurgical (prestation comprise dans celle de l'examen)	
	traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)	
75502	3 cm et moins	173,25
75503	plus de 3 cm à 4 cm	223,00
75504	plus de 4 cm à 6 cm	292,25
75505	plus de 6 cm à 9 cm	412,50
75506	plus de 9 cm	485,00

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

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

6.13 La rémunération pour l'excision d'une tumeur, d'un kyste 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	
04311	par ponction	28,25
04312	par incision	102,75
	tissu mou	
04301	par ponction	20,25
04302	par incision	31,50
04330	biopsie cervicale par voie externe	101,00

Ablation de tumeur

tissu mou

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

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

tissu osseux

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

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

Mandibulectomie

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

partielle

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

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.

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

Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstitution de la tubérosité)

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

+73001	1 cm et moins	44,50
+73002	plus de 1 cm à 3 cm	89,00
+73003	plus de 3 cm à 6 cm	148,50
+73004	plus de 6 cm à 9 cm	193,00
+73005	plus de 9 cm à 12 cm	237,50
+73006	plus de 12 cm	297,00

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.

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

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	163,00

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	160,00
+42011	4 dents à 6 dents	249,00
+42012	7 dents à 9 dents	409,00
+42013	10 dents à 12 dents	498,00
+42014	13 dents à 15 dents	746,00
+42015	16 dents et plus	746,00

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)	48,25
--------	--	-------

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	72,25
+79406	avec substance hémostatique et suture (comprenant l'exérèse de tissu osseux, si nécessaire), par séance	72,25

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

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

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

réparation d'une lacération de part en part

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

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

76968 plus de 21 cm. 504,75

Intervention sur le trijumeau

79208 Avulsion complète du nerf dentaire inférieur 425,50

79203 Avulsion d'une branche du trijumeau 150,50

79204 Transposition et décompression neurale 253,25

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

79211 Alcoolisation d'une branche du trijumeau 97,25

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

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

79259 Suture nerveuse (neurorrhaphie) 108,25

79402 **Trachéotomie** 199,25

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

Fissure palatine

77730 Fermeture d'une fissure palatine. 351,75

77710 Rallongement complémentaire du palais 351,75

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

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

74224 Partielle 232,75

74226 Totale 447,00

77860 **Glossectomie** 99,50

Greffe osseuse

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

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

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

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

	trois sites et plus :	
76241	approche intra-orale	978,75
76242	approche extra-orale	978,75
76243	approches intra et extra-orales	1 466,25

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

76260	Condyle (réduction ouverte)	600,00
--------------	---------------------------------------	--------

Orbite

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

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

Os alvéolaire

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

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

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

76911	3 cm et moins	39,25
76912	plus de 3 cm à 6 cm	52,75
76913	plus de 6 cm	63,00
76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	100,75
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	202,50
+ 76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	270,00

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

+ 76940	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	379,00
----------------	---	--------

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)	
76135	maxillaire (maximum 4)	64,50
76136	mandibulaire (maximum 3)	64,50
	mise en place d'une plaque de reconstruction	
76154	3 à 6 cm	324,75
76156	plus de 6 cm	541,25
76115	prothèse acrylique ou « cap splint », attachée au maxillaire ou aux dents (une ou plusieurs par maxillaire)	108,00
76104	arche (une ou plusieurs par maxillaire)	108,00
76192	appareil péri-crânien	108,00

Ablation d'attelle osseuse

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

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

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

Arthroscopie

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

Ostéotomie

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

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

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A) CONFECTION

AVIS : 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	699,00
+51110	inférieure	901,00
+51120	supérieure et inférieure	1 243,00

Partielle

+52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	777,00

B) REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

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

Complète

+51101	supérieure	699,00
+51111	inférieure	901,00
+51121	supérieure et inférieure	1 243,00

Partielle

+52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	777,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

+56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	217,00
+56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	217,00

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)	97,00
+55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	97,00
+55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	130,00
+55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	130,00

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	130,00
+55530	Maxillaire inférieur	130,00

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.