

7. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

(Annexe 1 de l'entente)

RÈGLES GÉNÉRALES

1.1 Le chirurgien buccal et maxillo-facial 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 chirurgien buccal et maxillo-facial peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service assuré.

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

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui fournit des services avec le concours d'un dentiste résident dans le cadre d'un programme d'enseignement approuvé par une université est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires et règles d'application. À cette fin, il doit être présent auprès de la personne assurée et s'identifier lors de la dispensation du service et y participer.

Nul honoraire n'est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial qui voit une personne assurée dont il n'est pas le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant ou le chirurgien buccal et maxillo-facial consultant, dans le cadre d'activités d'enseignement, de recherche ou d'intérêt scientifique.

1.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial 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.

La Régie effectue le paiement du relevé d'honoraires.

La Régie fixe le montant dû au chirurgien buccal et maxillo-facial, le cas échéant, elle majoré le montant des honoraires demandés ou obtient un remboursement.

Advenant un remboursement, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut loger un différend en contestation de la décision de la Régie.

AVIS : *Voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte ainsi que la section 3.2.6 Facturation des soins d'urgence (Honoraires majorés), sous le même onglet.*

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.

1.4.1 Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à soixante-six et deux tiers pourcent (66^{2/3} %) du tarif établi.

AVIS : *Inscrire le modificateur 066 dans la case MODIF.*

1.4.2 Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cinquante-quatre pourcent (54 %) du tarif établi.

AVIS : *Dans tous les cas, indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro du professionnel anesthésiste et inscrire le modificateur 054 dans la case MODIF.*

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

Dents permanentes

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

Dents primaires

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

Dent surnuméraire

Toute dent ne correspondant pas au tableau ci-dessus 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 par personne assurée

1.8 Un supplément par personne assurée est payé pour tout acte posé, **en cabinet privé**, le dimanche et les jours fériés ci-après énumérés, ainsi que pour celui posé entre 23 heures et 7 heures les autres jours.

94400 Supplément par personne assurée 20,00

Sont fériés les jours suivants :

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

1.9 Le chirurgien buccal et maxillo-facial auquel un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

L'indemnité est de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

AVIS : *Utiliser le code d'acte 94520.*

Inscrire l'identification de l'une des personnes assurées ayant reçu des soins.

Inscrire le code du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dans la case CODE de la section Établissement.

Inscrire, dans la case UNITÉS, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle). Dans le cas où il s'agit d'un déplacement de 100 kilomètres et plus, inscrire 99 dans la case UNITÉS et le nombre de kilomètres réels parcourus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Voir onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.8 Facturation des frais de déplacement.

1.10 Supplément pour enfant de moins de six ans

Lorsque des services assurés sont dispensés à un enfant de moins de six ans, un supplément par séance est payé au chirurgien buccal et maxillo-facial. Toutefois, si au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

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

1.11 Supplément pour l'asepsie

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 chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale.

94541 Supplément pour l'asepsie 6,50

2.0 La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

1. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés ou, si cela est plus avantageux, au forfait de l'urgence. Le chirurgien buccal et maxillo-facial indique au relevé d'honoraires le nom du professionnel qui l'a appelé et l'heure de l'appel.

L'horaire de garde comprend : en semaine, la période comprise entre 19 heures et 7 heures; le week-end; et les jours fériés.

2. Les honoraires majorés sont établis comme suit :

- La majoration est de la moitié pour les soins donnés entre 0 et 7 heures et du tiers, pendant le reste de l'horaire de garde.
- On détermine la majoration en regard de l'heure du début du service rendu.
- La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

AVIS : *Modificateurs devant être utilisés lors de la facturation des soins d'urgence.*

*(MODIF.=017) :
NUIT, de 0 h à 7 h (majoration de la 1/2)*

*(MODIF.=018) :
SOIR, du lundi au vendredi, de 19 h à 24 h (majoration de 1/3)*

*(MODIF.=019) :
WEEK-END (samedi et dimanche) et les JOURS FÉRIÉS de 7 h à 24 h (majoration de 1/3)*

Inscrire le modificateur approprié dans la case MODIF., ainsi que le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés).

Identifier l'établissement où les services ont été rendus.

- Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

3. Le forfait de l'urgence est de 100,45 \$ entre 0 et 7 heures et de 60,50 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

Un forfait de l'urgence de 60,50 \$ est également payé au chirurgien buccal et maxillo-facial qui se rend au centre hospitalier pour des soins d'urgence le jour en semaine.

Ce forfait est un honoraire global : sont compris tous les soins donnés par le chirurgien buccal et maxillo-facial pendant le temps qu'il a passé au centre hospitalier.

AVIS : *Pour facturer le forfait de l'urgence, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*

94401 : de 0 h à 7 h = 100,45 \$

94402 : de 7 h à 24 h, les samedis, les dimanches et les jours fériés, et de 19 h à 24 h les autres jours = 60,50 \$

94403 : de 7 h à 19 h en semaine = 60,50 \$

À l'heure de début, ajouter dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel.

Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence.

4. Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier du centre hospitalier qui coïncide avec la date d'une fête légale ou, si elle tombe le week-end, le jour de sa célébration.

Les fêtes légales sont les 1^{er} et 2 janvier, le lundi de Pâques, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du Travail, l'Action de grâces, la fête de Noël et le 26 décembre.

AVIS : *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 à la fin du présent onglet le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés.*

2.01 Visite

01302 Visite pour traitement médical 32,00

La visite pour traitement médical est celle faite à un patient hospitalisé dont il est le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant pour un examen ou un traitement médical. Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit indiquer au relevé d'honoraires le motif de la visite, le diagnostic et, le cas échéant, le traitement.

Les visites pour traitement médical s'appliquent à tout suivi post examen complet, consultation ou post opératoire. Le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à un maximum de neuf (9) visites de traitement au cours des 365 jours suivant l'examen complet, la consultation ou l'intervention chirurgicale, dont trois (3) visites peuvent être facturées au cours des deux (2) premiers mois et six (6) autres visites au cours des dix (10) mois suivant, sous réserve d'un maximum d'une (1) visite de traitement par mois.

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le motif de la visite, le diagnostic ainsi que le traitement s'il y a lieu.*

Inscrire le numéro de l'établissement où la visite est rendue. Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus.

01603 Visite de contrôle 32,00

La visite de contrôle en centre hospitalier est celle faite par le chirurgien buccal et maxillo-facial pour contrôler l'évolution de l'état d'un patient, qu'il en soit ou non le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui revoit un patient chez lequel il a pratiqué une chirurgie peut se prévaloir du tarif de la visite de contrôle, sauf lorsqu'il s'agit des chirurgies suivantes :

- Ablation de dent ou de racine;
- Alvéolectomie, tubéroplastie, alvéoloplastie et gingivectomie;
- Exérèse d'excès de muqueuse;
- Ablation de torus;
- Traitement de glandes salivaires.

Les visites de contrôle s'appliquent à tout suivi post examen complet, consultation ou post opératoire. Le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à un maximum de neuf (9) visites de contrôle au cours des 365 jours suivant l'examen complet, la consultation ou l'intervention chirurgicale, dont trois (3) visites peuvent être facturées au cours des deux (2) premiers mois et six (6) autres visites au cours des dix (10) mois suivant, sous réserve d'un maximum d'une (1) visite de contrôle par mois.

AVIS : *Inscrire le numéro de l'établissement où la visite est rendue. Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus.*

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 buccal et maxillo-facial de la personne assurée par un chirurgien buccal et maxillo-facial, comprenant :

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

01120	Examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	46,75
01130	Examen d'une personne assurée de 12 ans et plus	58,25

S

2.3 Le chirurgien buccal et maxillo-facial convient pour une même personne assurée de ne réclamer aucun autre examen, à moins qu'il ne se soit écoulé **365 jours** depuis le premier examen.

Toutefois, lorsque la personne assurée est suivie pour des fins oncologiques par un chirurgien buccal et maxillo-facial en établissement, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut réclamer un deuxième examen par période de 365 jours. Les établissements visés sont ceux désignés au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

01121	Deuxième examen d'une personne assurée de moins de 12 ans aux fins d'oncologie	46,75
01131	Deuxième examen d'une personne assurée de 12 ans et plus aux fins d'oncologie	58,25

AVIS : *La liste des établissements désignés se trouve à l'annexe VIII de l'onglet Rémunération à l'acte.*

S

Examen d'urgence

2.4 L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé buccale ou maxillo-faciale en raison d'une condition particulière qui selon le chirurgien buccal et maxillo-facial ou le patient exige une attention immédiate et comprenant :

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

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

01300	examen d'urgence	27,00
--------------	----------------------------	-------

AVIS : *L'examen d'urgence et les services assurés de restauration, d'endodontie ou de chirurgie doivent être facturés sur la même demande de paiement. La présence d'un code de diagnostic dans la case appropriée de la demande de paiement est requise pour supporter l'examen d'urgence lorsque cet examen est fait seul et non suivi d'un autre service le même jour (voir onglet Diagnostics de votre manuel).*

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

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

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

Consultation

2.6 La consultation est l'examen clinique d'une personne assurée pratiqué par un chirurgien buccal et maxillo-facial à la suite de la demande d'un autre chirurgien buccal et maxillo-facial, d'un dentiste ou d'un médecin, qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le chirurgien buccal et maxillo-facial consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au chirurgien buccal et maxillo-facial traitant, au dentiste ou au médecin. Le rapport ainsi soumis est un compte rendu élaboré comprenant, entre autres, la description des symptômes, les résultats d'examen, le diagnostic, le plan de traitement et le pronostic.

Un maximum d'une (1) consultation par patient par 365 jours pour le même motif est payable au chirurgien buccal et maxillo-facial.

AVIS : *Si une deuxième consultation est effectuée pour un motif différent à l'intérieur de 365 jours, joindre à votre demande de paiement une copie des deux rapports de consultation et inscrire la lettre « N » dans la case C.S.*

Une consultation ne peut être facturée à titre de visite de contrôle ou d'examen.

2.7 Abrogé.

2.8 Lorsqu'un chirurgien buccal et maxillo-facial sollicite une consultation, il fournit l'image radiologique obtenue à l'occasion de son examen.

93220	Consultation : personne assurée de moins de 12 ans	75,00
93230	Consultation : personne assurée de 12 ans et plus	75,00

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.

RESTAURATION

AVIS : - *Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant de moins de dix (10) ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

- *Voir les règles d'application 1.4.1 et 1.4.2.*

- *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 la demande doit être accompagnée d'une note explicative justifiant la reprise de ces actes.*

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

3.1 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.

3.2 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 chirurgien buccal et maxillo-facial fournit une note explicative sur la demande de paiement.

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

Restauration sur dent antérieure

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

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

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

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

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

3.5.2 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.

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

Restauration sur dent postérieure

3.6 Lorsqu'une ou plusieurs cavités sur une surface ne s'étendent pas au-delà du premier tiers (1/3) d'une autre surface qui lui est contiguë, cette ou ces cavités 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 mentionnée ci-dessous.

3.7 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

3.8 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.

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

3.10 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 : *Le code de valeur de base doit être inscrit sur la même demande de paiement que le code d'obturation sur une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.*

Le code de valeur de base doit être accompagné du numéro de dent seulement (et non du numéro de surface).

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

En amalgame

Molaire primaire

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

Prémolaire

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

Molaire permanente

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

En matériau esthétique

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

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

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

Tenon par restauration

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

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

Couronne préfabriquée

AVIS : - Voir les règles d'application 1.4.1 et 1.4.2.

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

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

Matériau esthétique

+27421 sur antérieure primaire. 128,00

Métallique

+27401 antérieure primaire. 128,00

+27403 postérieure primaire. 128,00

+27411 antérieure permanente 128,00

+27413 postérieure permanente 145,00

Métallique fenêtrée

+27415 antérieure primaire. 180,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

3.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial 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-vingt (180) jours depuis la cimentation ou la recimentation de la couronne.

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

+29101 recimentation d'une couronne préfabriquée 64,75

ENDODONTIE

AVIS : - *Les services d'endodontie sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de 10 ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.*

- Voir les règles 1.4.1 et 1.4.2.

Pansement sédatif

4.1 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 180 jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

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

+31111 pansement sédatif 56,75

Endodontie sur dent primaire

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

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

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

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

Endodontie sur dent permanente

AVIS : *Ce service est considéré assuré pour le compte d'un enfant de moins de 10 ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours âgé de moins de 13 ans qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services (Règles d'application 4.5, 4.6 et 4.7 seulement).*

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

33150 Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale 114,45

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

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

+ **33501** Un canal 294,00

+ **33502** Deux canaux 377,00

+ **33503** Trois canaux 455,00

+ **33504** Quatre canaux et plus 537,00

AVIS : *Le 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.

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

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

+ **33001** Un canal 349,00

+ **33002** Deux canaux 498,00

+ **33003** Trois canaux 637,00

+ **33004** Quatre canaux et plus 843,00

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

+ **33999** Traitement de canal partiel sur dent permanente 68,75

4.8 Traitement d'urgence

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

CHIRURGIE

5.1 Abrogé.

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

5.3 Abrogé.

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

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

Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux actes suivants :

- a) Ablation simple de dent;
- b) Ablation simple de racine dentaire;
- c) Prise greffons osseux ou graisseux;
- d) Mise en place et ablation de distracteurs cranio-maxillo-faciaux;
- e) Mise en place de prothèse alloplastique cranio-maxillo-faciale;
- f) Mise en place et ablation de fixation inter-maxillaire ou d'attelle pré-prothétique.

5.5 Lorsqu'au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial répète un acte tarifé au centimètre, la rémunération pour ces actes est celle fixée pour le nombre de centimètres correspondant à la somme des centimètres effectués.

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

5.6 Si au cours d'une même hospitalisation, la personne assurée subit une nouvelle intervention par le même chirurgien buccal et maxillo-facial :

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

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

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

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

5.7 Dans le cas spécifique d'une réduction fermée suivie, au cours d'une même séance, d'une réduction ouverte pour une même fracture, seule la réduction ouverte est payable à 100 %. Toute autre combinaison d'actes impliquant une réduction fermée ou une réduction ouverte est assujettie à la règle d'application 5.4.

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 050 (12,5 % pour l'assistant en rôle 4) dans la case MODIF.*

Il en est de même du chirurgien buccal et maxillo-facial qui assiste un médecin chirurgien dans le cadre d'une chirurgie de la tête et du cou (les chirurgies incidentes comprises); dans ce cas, le chirurgien buccal et maxillo-facial a droit à la rémunération prévue à l'alinéa précédent.

AVIS : *L'assistant-chirurgien buccal et maxillo-facial doit s'assurer que sa demande de paiement comporte le même acte (même nomenclature) que celle du chirurgien buccal et maxillo-facial principal.*

Cependant, le chirurgien buccal et maxillo-facial qui assiste un médecin chirurgien doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

Forfait pour chirurgie complexe

5.8.1 Les cas de traumatologie, de reconstruction ou d'oncologie d'une durée anesthésique de six heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucuns autres honoraires ne peuvent alors être réclamés par le chirurgien maxillo-facial à l'égard de ce patient dans la même journée. La majoration de soir et de nuit n'est pas applicable.

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

5.9 Si, à la suite d'une ablation de dent ou de racine, le chirurgien buccal et maxillo-facial procède au cours de la même séance à la correction de pointe osseuse ou de septum (alvéoloplastie), la rémunération pour cette correction est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de racine.

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

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

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

ABLATION DE DENT

AVIS : - Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de 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 (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).

Ablation simple de dent

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

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

Ablation complexe de dent (comprenant ablation du sac adamantin ou folliculaire si indiqué)

+ 72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	147,50
+ 72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	132,00
+ 72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	176,00

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

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

ABLATION DE RACINE

AVIS : - Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de 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 et référer à la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

+ **Ablation simple de racine dentaire** (une ou plusieurs racines d'une même dent)

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

	sous anesthésie locale ou régionale :	
+ 72300	première dent	73,75
+ 72311	chaque dent additionnelle	73,75

	sous anesthésie générale :	
+72351	première dent	73,75
+72361	chaque dent additionnelle	73,75

Ablation complexe de racine dentaire

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

+72320	ablation complexe de racine dentaire nécessitant comme étape préalable une exérèse de tissu osseux et par la suite point(s) de suture (une ou plusieurs racines d'une même dent)	147,50
--------	--	--------

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

75350	dans le tissu osseux	116,05
-----	dans le tissu mou sans anesthésie (rémunération comprise dans le tarif de l'examen)	
75360	dans le tissu mou avec anesthésie	48,75

79301	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger (v.g. kystes, polypes) par antrostomie	309,35
-------	--	--------

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

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

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

Incision ou drainage d'un abcès

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

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

Traitement des ostéites

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

Ostéomyélite

traitement non-chirurgical
(rémunération comprise dans celle de l'examen)
traitement chirurgical : séquestrectomie ou mise à plat (saucérisation)

75502	3 cm et moins	189,70
75503	plus de 3 cm à 4 cm	244,20
75504	plus de 4 cm à 6 cm	320,00
75505	plus de 6 cm à 9 cm	451,70
75506	plus de 9 cm	531,05

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

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

5.13 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	219,25
74422	plus de 1 cm à 2 cm	321,10
74423	plus de 2 cm à 3 cm	423,20
74424	plus de 3 cm à 4 cm	502,60
74425	plus de 4 cm à 6 cm	618,65
74426	plus de 6 cm à 9 cm	848,60
74427	plus de 9 cm	1 020,50
+ 74428	Marsupialisation d'un kyste intra-osseux et son suivi	178,50
+ 74429	Évacuation d'un hématome / sérome cervico-facial dans une séance subséquente à l'acte chirurgical (limité à 1 par séance dans le cas du suivi d'une reconstruction)	255,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Biopsie

5.14 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	30,95
04312	par incision	112,50
	tissu mou	
04301	par ponction	22,15
04302	par incision	34,50
04330	biopsie cervicale par voie externe	110,60

Ablation de tumeur

tissu mou

74101	1 cm et moins	161,25
74102	plus de 1 cm à 2 cm	241,70
74103	plus de 2 cm à 3 cm	346,00
74104	plus de 3 cm à 4 cm	444,55
74105	plus de 4 cm à 6 cm	583,05
74106	plus de 6 cm à 9 cm	822,60
74107	plus de 9 cm	964,65

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

tissu osseux

74111	1 cm et moins	241,70
74112	plus de 1 cm à 2 cm	346,00
74113	plus de 2 cm à 3 cm	444,55
74114	plus de 3 cm à 4 cm	543,95
74115	plus de 4 cm à 6 cm	686,25
74116	plus de 6 cm à 9 cm	920,85
74117	plus de 9 cm	1 090,30

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Mandibulectomie

partielle

75531	3 cm et moins	341,35
75532	plus de 3 cm à 6 cm	385,15
75533	plus de 6 cm à 9 cm	431,40
75534	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
75535	plus de 12 cm à 15 cm	506,15
75536	plus de 15 cm	553,50
75540	totale	777,45

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Maxillectomie

partielle

+ 75551	3 cm et moins	341,35
+ 75552	plus de 3 cm à 6 cm	378,05
+ 75553	plus de 6 cm à 9 cm	419,65
+ 75554	plus de 9 cm à 12 cm	465,90
+ 75555	plus de 12 cm à 15 cm	497,65
+ 75556	plus de 15 cm	543,95
+ 75560	totale.	640,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Chirurgie préprothétique

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

Abaissement total du plancher de la bouche

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

+ Le chirurgien buccal et maxillo-facial n'a droit à la rémunération de l'abaissement total du plancher de la bouche en plus d'une séance qu'aux conditions suivantes :

- une ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne a été effectuée lors de la première séance;
- lorsqu'il y a ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne l'une ou l'autre ou les deux doivent être effectuées lors de la première séance;
- un délai d'au moins 45 jours doit intervenir entre la première séance et la séance subséquente;

+ 73202	une séance (avec greffe muqueuse)	915,10
+ 73203	une séance (avec greffe épidermique)	915,10
+ 73204	plus d'une séance (avec greffe muqueuse)	1 026,55
+ 73205	plus d'une séance (avec greffe épidermique)	1 026,55

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

Extension des replis muqueux

avec greffe muqueuse

+ 73421	3 cm et moins	162,35
+ 73422	plus de 3 cm à 6 cm	253,75
+ 73423	plus de 6 cm à 9 cm	324,65
+ 73424	plus de 9 cm	437,45

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

	avec greffe épidermique	
+ 73401	3 cm et moins	139,90
+ 73402	plus de 3 cm à 6 cm	220,35
+ 73403	plus de 6 cm à 9 cm	299,75
+ 73404	plus de 9 cm	402,95
#	<u>AVIS</u> : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.	
	avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire	
+ 73371	3 cm et moins	352,05
+ 73372	plus de 3 cm à 6 cm	396,95
+ 73373	plus de 6 cm à 9 cm	465,90
+ 73374	plus de 9 cm	566,65
#	<u>AVIS</u> : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.	
	avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire	
+ 73381	3 cm et moins	92,00
+ 73382	plus de 3 cm à 6 cm	139,90
+ 73383	plus de 6 cm à 9 cm	209,70
+ 73384	plus de 9 cm	305,75
#	<u>AVIS</u> : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.	
+ 77505	ablation des apophyses géni	162,35
	<u>AVIS</u> : Voir la règle d'application 5.15.	
+ 73130	ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale)	199,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle d'application 5.15.	
+ 73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	254,85
	<u>AVIS</u> : Voir la règle d'application 5.15.	

Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

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

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

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

Alvéolectomie

73021	1 cm et moins	39,40
73022	plus de 1 cm à 3 cm	68,70
73023	plus de 3 cm à 6 cm	111,40
73024	plus de 6 cm à 9 cm	173,00
73025	plus de 9 cm à 12 cm	233,50
73026	plus de 12 cm	299,75

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

Tubéroplastie (Unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)

73150	réduction muqueuse	71,45
73158	réduction fibreuse (comprenant la réduction muqueuse s'il y a lieu)	162,35
73159	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu)	202,55
73160	extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse)	264,45

Alvéoloplastie

5.18 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.

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

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

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

73171	1 cm et moins	67,35
73172	plus de 1 cm à 3 cm	100,20
73173	plus de 3 cm à 6 cm	142,35
73174	plus de 6 cm à 9 cm	200,40
73178	plus de 9 cm à 12 cm	265,55
73176	plus de 12 cm à 15 cm	333,15
73177	plus de 15 cm	385,15

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

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

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

AVIS : Voir les règles d'application 5.5 et 5.15; la règle d'application 5.5 s'applique peu importe le site.

Ablation de torus

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

Traitement des glandes salivaires

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

Fermeture de communication bucco-sinusale

5.19 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)	100,20
--------------	--	--------

AVIS : L'acte 79306 n'est pas soumis à l'application de la règle d'application 5.4.

79312	dans une séance postérieure à l'acte chirurgical qui a entraîné la fistule	451,70
--------------	--	--------

Frénectomie

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

Gingivectomie

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

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

Gingivectomie

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

Operculectomie

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

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

Contrôle d'hémorragie

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

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

Réparation d'une laceration de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

76950	1 cm et moins	32,85
76951	plus de 1 cm à 3 cm	54,20
76952	plus de 3 cm à 6 cm	93,90
76953	plus de 6 cm à 9 cm	138,50
76954	plus de 9 cm à 12 cm	186,40
76955	plus de 12 cm à 15 cm	231,60
76956	plus de 15 cm à 18 cm	277,05
76957	plus de 18 cm à 21 cm	323,55
76958	plus de 21 cm	340,00

AVIS : *Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.*

réparation d'une lacération de part en part

76960	1 cm et moins	91,45
76961	plus de 1 cm à 3 cm	106,50
76962	plus de 3 cm à 6 cm	166,15
76963	plus de 6 cm à 9 cm	222,85
76964	plus de 9 cm à 12 cm	281,95
76965	plus de 12 cm à 15 cm	340,00
76966	plus de 15 cm à 18 cm	409,25
76967	plus de 18 cm à 21 cm	469,75
76968	plus de 21 cm	552,70

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

Intervention sur le trijumeau

79208	Avulsion complète du nerf dentaire inférieur.....	465,90
79203	Avulsion d'une branche du trijumeau	164,80
79204	Transposition et décompression neurale	277,30

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

79211	Alcoolisation d'une branche du trijumeau	106,50
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)	53,40
79257	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon)	770,30
79259	Suture nerveuse (neurorrhaphie).....	118,55
79402	Trachéotomie	218,15
79403	Intubation percutanée sous-mandibulaire	199,00

Fente palatine

S

+ 77731	Fermeture du voile	306,00
+ 77732	Fermeture du palais osseux en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans lambeau vomérien	459,00
+ 77733	Rallongement complémentaire du palais par myoplastie intravélaire	331,50
+ 77734	Lambeau pharyngé pour une cure d'incompétence vélo-pharyngée (pharyngoplastie)	306,00
+ 77735	Cure fistule résiduelle palatine	306,00
+ 77736	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une déféctuosité du palais antérieur	510,00
+	Rhinoplastie primaire en présence d'une fente labiale	
+ 77738	unilatérale	382,50
+ 77739	bilatérale	510,00
+	Rhinoplastie secondaire par voie ouverte ou endonasale	
+ 77741	post-traumatologie	357,00
+ 77742	post-fente labiale	357,00

S

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

74224	Partielle	254,85
74226	Totale	489,45
77860	Glossectomie	108,95

Grefe osseuse

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

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

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

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

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

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

AVIS : Lors de la facturation de greffe osseuse, veuillez inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la raison de la greffe, le site de la prise du greffon et le site précis de la greffe osseuse (exemples : région 11, régions 22 à 25 ou région symphyse mentonnière, etc.). Inscrire la lettre « A » ou « N » dans la case C.S. (voir la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte).

L'omission de ces informations entraînera un refus de paiement.

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

74445	greffe osseuse hétérogène ou alloplastique, excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	153,00
	greffe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74452	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74454	plus de 4 cm	920,20
	greffe autogène de reconstruction oro-faciale pour correction d'anomalies congénitales, oncologiques ou post-traumatiques (max de 2 par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
74456	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74457	plus de 4 cm	920,20
	greffe autogène de reconstruction pour perte osseuse alvéolaire ou de pneumatisation sinusale au maxillaire supérieur ou à la mandibule (non simultanée à une ou plusieurs extractions dentaires) (max de 2 greffes par maxillaire : 1 majeure et 1 mineure)	
74458	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	580,35
74459	plus de 4 cm	920,20

	prise du greffon (un ou plusieurs) (Les tarifs de la prise du greffon ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4).	
74308	Greffon prélevé au niveau intra-oral	82,60
	Greffon prélevé au niveau extra-oral :	
74309	Crête iliaque postérieure	433,50
74310	Prélèvement costo-chondral	433,50
74311	Crête iliaque antérieure	331,50
74312	Prélèvement tibial	165,25
74313	Prélèvement pariétal	165,25
74314	Greffon de tissu adipeux pour insertion en reconstruction articulaire	102,00

Réduction de fracture

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

Arcade zygomatique et/ou os malaire

76701	élévation simple trans-cutanée	344,90
77700	réduction fermée	344,90
76703	élévation par approche de Gillies	344,90
77701	réduction ouverte avec fixation interne 1 site	574,85
77702	réduction ouverte avec fixation interne 2 sites	673,40
77703	réduction ouverte avec fixation interne 3 sites	821,25

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

Nez

	sans réduction (inclus dans l'examen ou la consultation)	
76503	réduction simple	109,50
76504	réduction multifragmentaire avec ou sans résection des sous-muqueuses	250,50

Maxillaire

	Le Fort I (demi ou complet)	
76310	réduction fermée	196,55
76312	réduction ouverte	357,50

Le Fort II (demi ou complet)

5.24 Abrogée (par l'Amendement n° 10).

76410	réduction fermée (unique ou multiple)	295,90
	réduction ouverte	
76420	unilatérale	503,70
76430	bilatérale	735,25
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprend l'intervention sur les tissus pal-	
	pébraux)	
76511	unilatérale	503,70
76512	bilatérale	735,25
76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre	
	séance que la réduction de fracture	148,65
76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	295,90
76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert	503,70
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
76413	unilatérale	503,70
76414	bilatérale	735,25
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
76421	unilatérale	683,80
76431	bilatérale	916,75
	Le Fort III	
76810	réduction fermée	517,65
	réduction ouverte (rémunération incluse dans celle des réduc-	
	tions de fractures effectuées dans la même séance).	
79050	Lambeau bicoronal	314,80
76551	Réduction de l'os frontal	535,15
76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel	
	obturateur et le curetage de la muqueuse).....	251,85
	Mandibulaire	
76210	réduction fermée (unique ou multiple)	382,70
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
76221	approche intra-orale	686,25
76222	approche extra-orale	686,25
76223	approches intra et extra-orales	1 037,50
	deux sites :	
76231	approche intra-orale	914,30
76232	approche extra-orale	914,30
76233	approches intra et extra-orales	1 373,90
	trois sites et plus :	
76241	approche intra-orale	1 071,70
76242	approche extra-orale	1 071,70
76243	approches intra et extra-orales	1 605,50
76260	Condyle (réduction ouverte)	790,50
+ 76245	Réduction ouverte de la fracture mandibulaire en anse de seau (bila-	
	térale chez un édenté complet)	1055,70
+ 76250	Forfait par site pour la réduction de la fracture mandibulaire avec	
	perte de continuité ou dans un site édenté avec atrophie sévère	
	(moins de 1 cm de hauteur verticale de la mandibule au site de la	
	fracture).....	306,00
	Ce forfait est payable en sus des codes de réduction de fracture	
	mandibulaire.	

Orbite

5.25 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	503,70
76510	par voie externe.	379,15
76530	avec plastie	562,80
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
76521	latérale	503,70
76522	médiane.	503,70
76523	supérieure	562,80

Os alvéolaire

5.26 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).

76911	3 cm et moins	43,00
76912	plus de 3 cm à 6 cm	57,75
76913	plus de 6 cm	69,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5; cette règle d'application s'applique peu importe le site.

76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	110,30
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	221,75
76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	277,00

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

76940	Réimplantation d'une dent complètement exfoliée (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	389,00
--------------	---	--------

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

Plaque de reconstruction mandibulaire et attelle osseuse

5.27 Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place de plaque de reconstruction ou d'attelle 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.

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

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.

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

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

	mise en place d'une plaque de reconstruction	
76154	3 à 6 cm	344,65
76156	plus de 6 cm	574,45
79989	Ablation d'attelle osseuse : broche, plaque ou vis nécessitant une approche chirurgicale (une ou plusieurs au même site) dans une séance autre que la mise en place	127,50

Fixation inter-maxillaire et attelle pré-prothétique

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

79990	Fixation inter-maxillaire par toute technique d'appareillage (incluant arches métalliques, vis ou suspensions squelettiques)	204,00
79991	Mise en place d'une attelle pré-prothétique (pour abaissement total du plancher buccal, vestibuloplastie ou ostéotomie pré-prothétique palatine)	204,00
79992	Ablation de la fixation inter-maxillaire ou de l'attelle pré-prothétique (incluant vis, suspensions, arches et fils métalliques) dans une séance autre que la mise en place (par site, maximum de 3 sites au maxillaire et 2 sites à la mandibule)	153,00

Les tarifs de la fixation inter-maxillaire et de l'attelle pré-prothétique ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4.

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

	Luxation	
78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	41,05
78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	59,95
78200	Ménisectomie totale	362,70
78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus)	474,10
78300	Condylectomie radicale (résection au col)	711,20
78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle	725,40

77160	Ablation de l'apophyse coronoïde	365,15
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
78600	médication intra-articulaire incluant la substance	71,15
78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire)	177,65
	Arthroscopie	
78401	arthroscopie diagnostique (lyse et lavage)	355,60
78410	arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée)	533,25
+ 78520	Injection de toxine botulinique à des fins fonctionnelles (ATM) (maximum d'une (1) injection par muscle et de six (6) muscles par séance)	66,30
+ 78521	Mise en place d'une prothèse de la fosse glénoïde (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante, et du col condylien, la condylectomie, la coronoïdectomie)	1861,50
+ 78522	Mise en place d'une prothèse condylienne (incluant la préparation de la surface réceptrice, l'ajustement des composantes prothétiques et les ostéotomies requises au niveau de la branche montante et du col condylien, la condylectomie, la coronoïdectomie)	1861,50
+ 78523	Cure d'ankylose (< 5 mm d'ouverture) de l'articulation temporo-mandibulaire (avec ou sans remplacement articulaire)	1249,50

Ostéotomie

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

Mandibulaire

77121	branche montante ou horizontale par voie intra ou extra-orale (unilatérale), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise du greffon	846,75
77451	segmentaire (unilatérale)	751,45
77422	segmentaire antérieur	751,45
77440	segmentaire préprothétique	494,10

Maxillaire

77310	Le Fort I (avec ou sans ostectomie), incluant toutes formes de greffe osseuse, le cas échéant, mais excluant la prise du greffon . (cet acte compte pour 2 ostéotomies)	1 224,75
77411	segmentaire (unilatérale)	751,45
77412	segmentaire antérieur	751,45
77400	segmentaire préprothétique	784,55
77720	Turbinectomie totale (consiste en l'ablation complète du cornet inférieur)	151,65
77320	Le Fort II	C.S.
77325	Le Fort III	C.S.
77315	arcade zygomatique (traitement entier) (unilatérale).	399,40
77305	ostéotomie pyramide nasale (doit être faite de façon isolée et ne pas s'ajouter à un Le Fort)	1 129,45

Ostéotomie inter-dentaire :

Pour les fins de l'entente, l'ostéotomie inter-dentaire consiste dans une section totale de la structure osseuse pour obtenir une mobilité complète d'une dent :

77610	au maxillaire	227,50
--------------	---------------------	--------

77611	à la mandibule	227,50
--------------	----------------------	--------

Corticotomie

Pour les fins de l'entente, la corticotomie consiste dans l'incision du cortex inter-dentaire pour faciliter le déplacement d'une dent.

77601	Corticotomie avec assistance orthodontique (maximum de 12 par maxillaire et ne peut être combinée à une ostéotomie au cours de la même séance)	102,50
--------------	--	--------

Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)

77452	repositionnement bilatéral	554,60
77453	diminution	416,10

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

6.1 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 chirurgien buccal. 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 6.4.

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

6.3 La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au chirurgien buccal et maxillo-facial, d'une autorisation à cet effet émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

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

A- CONFECTION

AVIS : Référer à l'onglet Rémunération à l'acte pour les instructions de facturation :

- Facturation simultanée de deux prothèses (section 3.2.4.3) et
- Remplacement d'une prothèse suite à une perte ou à un bris (section 3.2.4.4)

Complète

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

Partielle

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

B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

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

Complète

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

Partielle

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

C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION

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

AVIS : *Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, le regarnissage est payable une fois aux cinq ans, selon l'article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. Voir la règle d'application 6.3.*

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

AVIS : *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202). L'autorisation du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

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

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

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

AVIS : Fournir les renseignements et documents 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.

7.1 ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION

+ Évidement cervical		
+ 71600	fonctionnel conservant les muscles, vaisseaux et nerfs	765,00
+ 71601	total	612,00
+ 71602	bilatéral, toutes techniques	1020,00
+ 71605	Réparation de la lèvre avec lambeau Abbé ou cross lip	573,75
+ Correction de cicatrices post traumatiques ou chirurgicales, une (1) ou plus, extra-orales/cutanées		
+ 71610	moins de 4 cm	76,50
+ 71611	de 4 cm à 10 cm	229,50
+ 71612	de 11 cm à 20 cm	306,00
71613	de 21 cm et plus	408,00
+ Dermabrasion post traumatique/fentes labiales		
+ 71620	inférieur à 25 cm ²	82,95
+ 71621	entre 25 cm ² et 50 cm ²	110,55
+ 71622	supérieur à 50 cm ²	165,85
+ 71630	Greffe par transfert d'un lambeau pédiculé myocutané local	867,00
+ 71631	Greffe par transfert d'un lambeau pédiculé régional (lambeau pectoral ou grand dorsal)	943,50
+ Greffe cutanée libre, région tête et cou (autre que l'abaissement total du plancher buccal)		
+ 71640	inférieur à 25 cm ²	306,00
+ 71641	entre 25 cm ² et 50 cm ²	408,00
+ 71642	supérieur à 50 cm ²	510,00
+ 71650	Greffe par lambeau libre micro-anastomosé, incluant la prise du greffon	1938,00
+ 71655	Injection intra-lésionnelle d'agent pharmacologique à des fins non cosmétiques (max. de 4 injections par séance)	39,15
Supplément aux forfaits de chirurgies complexes sous microscope		
+ 71660	Supplément pour microanastomose vasculaire	714,00
71661	Supplément pour microanastomose nerveuse	612,00

+ 71670	Insertion de prothèse cranio-maxillo-faciale alloplastique implantée pour correction de défauts congénitaux, de développement ou post-traumatiques (non-articulaire) (maximum de 2 unités au tiers supérieur, de 2 unités au tiers moyen et de 2 unités à la mandibule).	382,50
	Le tarif de la prothèse cranio-maxillo-faciale n'est pas assujéti à la règle d'application 5.4.	
#	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le site de l'insertion de la prothèse dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
+	Distracteur cranio-maxillo-facial	
+	Appareil unilatéral	
+ 71680	mise en place	127,50
+ 71681	retrait	280,50
+	Appareil bilatéral	
+ 71690	mise en place	178,50
+ 71691	retrait	357,00
+	Les tarifs du distracteur cranio-maxillo-facial ne sont pas assujettis à la règle d'application 5.4 et ne sont pas applicables aux appareils d'expansion palatine.	

Les services dentaires assurés

(À compter du 15-05-92)

TYPE DE SERVICES	MILIEU HOSPITALIER***	CABINET
Examens et consultations		
Examen et consultation	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Examen d'urgence	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Prévention		
Enseignement	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Nettoyage	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Application de fluorure	Prestataire ¹ 12 à 15	Prestataire ¹ 12 à 15
Détartrage	Prestataire ¹ 16 et plus	Prestataire ¹ 16 et plus
Radiologie*		
Intra-orale	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Extra-orale : panoramique**	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Extra-orale : autres	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation - couronne préfabriquée - tenon	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Endodontie		
Pansement sédatif	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Pulpotomie sur dent primaire	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale (depuis le 27 février 2014)	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ^{(1) (2)}
Pulpectomie sur dent primaire	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Traitement de canal sur dent permanente	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enfant de 0 à 9 et Prestataire ¹
Prostodontie (1 prothèse par 8 ans)	Prestataire ¹	Prestataire ¹
Parodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré
* Service assuré dont la rémunération est incluse dans un autre service assuré (Règle d'application 2.9 de l'Annexe VI).		
** Chirurgiens buccaux : voir la <i>Lettre d'entente n° 1</i> de l'Annexe III de votre <i>Entente</i>		
*** Centre hospitalier ou établissement universitaire		
1	Le mot Prestataire du présent tableau identifie un prestataire d'une aide financière de dernier recours.	
2	Cliniques privées d'anesthésie générale (Annexe VII)	

Note : Pour les prestataires, vérifier sur le carnet de réclamation si le patient est soumis au délai de carence (12 mois soins dentaires ou 24 mois services de prothèses dentaires).

TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

JOUR FÉRIÉ	2014 / 2015	2015 / 2016	2016 / 2017
Journée nationale des Patriotes	19 mai 2014	18 mai 2015	23 mai 2016
Fête nationale du Québec	24 juin 2014	24 juin 2015	24 juin 2016
Fête du Canada	1 ^{er} juillet 2014	1 ^{er} juillet 2015	1 ^{er} juillet 2016
Fête du Travail	1 ^{er} septembre 2014	7 septembre 2015	5 septembre 2016
Action de Grâce	13 octobre 2014	12 octobre 2015	10 octobre 2016
Veille de Noël	24 décembre 2014	24 décembre 2015	23 décembre 2016
Fête de Noël	25 décembre 2014	25 décembre 2015	26 décembre 2016
Lendemain de Noël	26 décembre 2014	26 décembre 2015	27 décembre 2016
Veille du jour de l'An	31 décembre 2014	31 décembre 2015	30 décembre 2016
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016	2 janvier 2017
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2015	2 janvier 2016	3 janvier 2017
Vendredi Saint	3 avril 2015	25 mars 2016	14 avril 2017
Lundi de Pâques	6 avril 2015	28 mars 2016	17 avril 2017

AVIS : *Pour un service rendu en vertu de la règle 1.8, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés à la règle 1.8.*

Pour un service rendu en vertu du point 4 de la règle 2.0, le congé férié facturé doit être dans la liste des congés énumérés au point 4 de la règle 2.0.