



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 25
mai 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

INTRODUCTION

- Modification d'ordre administratif

Page : [2](#)

TABLE DES MATIÈRES

Pages : [2](#) à 4

ENTENTE

- Intégration de l'Amendement no 12
- Article 16.1 modifié

Page : [5](#)

- Ajout à la Liste des établissements

Page : [26](#)

- Annexe VI ajoutée

Page : [28](#)

PERSONNES ASSURÉES

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [4](#), [6](#) et 7

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Adaptation des exemples aux nouveaux tarifs et modifications administratives

Pages : [3](#) à 6, [9](#) à 20 et [25](#) à 28

- Le numéro de compte administratif passe à 5 positions

Page : [5](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification à l'état de compte

Pages : [2](#) et [4](#)

- Modifications administratives

Pages : [3](#) et [5](#)

- Messages explicatifs nouveaux ou modifiés

Pages : [12](#), [16](#), [19](#) et [20](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications suite à l'Amendement n^o 12

Pages : [3](#) à 36

- Tableau des jours fériés

Page : [37](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif

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

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués et l'infolettre suivants : 064/2008-07-18, 079/2008-08-28, 215/2009-03-30 et 012/2009-04-29

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 : 978-2-550-49389-1

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les chirurgiens buccaux sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie. À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement. **Les renseignements d'ordre administratif sont précédés du mot *AVIS*.**

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la « Gazette officielle » et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement ou une entente.

La Régie remet à chaque nouveau chirurgien buccal oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de facturation qui est, par la suite, renouvelable sur commande (voir les critères définis sous l'onglet *Manuels et formulaires*).

Lorsqu'un texte de ce manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (voir la **signification des références** au verso de la présente page).

Les chirurgiens buccaux et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'assistance où des préposés aux renseignements les informent sur leur entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la **Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section *Services aux professionnels* pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. ENTENTE	1
TITRE I	
Dispositions générales.....	2
ARTICLE 1. Définitions	2
ARTICLE 2. Application	2
ARTICLE 3. Représentation.....	2
ARTICLE 4. Précompte des cotisations syndicales	3
TITRE II	
Exercice de la profession.....	3
ARTICLE 5. Libertés professionnelles.....	3
ARTICLE 6. Contrôle médical.....	3
ARTICLE 7. Pratique hospitalière	3
TITRE III	
Régime de rémunération et de paiement.....	4
ARTICLE 8. Modes de rémunération	4
ARTICLE 9. Tarif d'honoraires	4
ARTICLE 10. Relevé d'honoraires.....	4
ARTICLE 11. Paiement des honoraires.....	4
ARTICLE 12. Remboursement d'honoraires.....	4
ARTICLE 13. Demande de révision	5
ARTICLE 14. Conciliation d'honoraires.....	5
ARTICLE 15. Intérêts	5
ARTICLE 16. Modalités de paiement.....	5
TITRE IV	
Concertation.....	5
ARTICLE 17. Règlements et directives.....	5
TITRE V	
Procédure d'arbitrage	6
ARTICLE 18. Différend	6
ARTICLE 19. Arbitrage	6
TITRE VI	
Durée de l'entente.....	8
ARTICLE 20. Durée de l'entente	8
CLAUSES TRANSITOIRES	8
ANNEXE I	
Règles d'application du tarif.....	9
ANNEXE II	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale	9

	<i>Page</i>
ANNEXE III	11
Lettre d'entente n ^o 1.....	11
Lettre d'entente n ^o 2 <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	11
Lettre d'entente n ^o 3.....	12
Lettre d'entente n ^o 4 <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	12
Lettre d'entente n ^o 5.....	13
Lettre d'entente n ^o 6 <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	13
Lettre d'entente n ^o 7 <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	14
Lettre d'entente n ^o 8.....	14
Lettre d'entente n ^o 9 <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	15
Lettre d'entente n ^o 10	15
Lettre d'entente n ^o 11	16
Lettre d'entente	17
ARTICLE 1. Détermination d'une enveloppe budgétaire	17
ARTICLE 2. <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	17
ARTICLE 3. Détermination du suivi et de la vérification du coût de la rémunération versée aux chirurgiens buccaux en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée	17
ARTICLE 4. <i>Abrogée amendement n^o 11</i>	18
ARTICLE 5. Application.....	19
Accord n ^o 1	20
ANNEXE IV	
Ressourcement dans les territoires désignés par le ministre	21
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ANNEXE IV DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ.....	23
ANNEXE V	
Concernant la rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale	24
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES NÉGOCIANTES	26
# ANNEXE VI	
# Concernant le versement de divers montants forfaitaires payables aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.....	28
2. PERSONNES ASSURÉES	1
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
#3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n^o 1670</i>)	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE	2
3.2.1 Identité de la personne assurée.....	2
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale.....	2
# 3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours	3

	<i>Page</i>
3.2.2 Identité des professionnels	5
3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation	6
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et case considération spéciale	7
3.2.3.1 Diagnostic principal	7
3.2.3.2 Renseignements complémentaires	7
3.2.3.3 Considération spéciale	8
3.2.4 Services	9
3.2.4.1 La date des services	9
3.2.4.2 Inscription des services	9
3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)	11
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable	12
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	13
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ...	14
3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (lettre Q)	15
# 3.2.4.8 Document complémentaire (<i>formulaire n° 1944</i>)	16
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus	17
3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés)	18
3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence	19
3.2.8 Facturation des frais de déplacement	20
3.2.9 Signature du chirurgien buccal ou de son mandataire	21
3.3 EXPÉDITION	21
# 3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 2076</i>)	22
3.5 ANNEXES	23
ANNEXE I	
Liste des rôles	23
ANNEXE II	
Liste des modificateurs	24
ANNEXE III	
Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	26
ANNEXE IV	
# Formulaire <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i>	28
ANNEXE V	
Numéro d'établissement	30
ANNEXE VI	
Dent surnuméraire	31

	<i>Page</i>
4. PAIEMENT À L'ACTE	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence	1
4.4 ÉTAT DE COMPTE	2
4.4.1 Description	3
4.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9 et sommaire</i>)	3
4.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 6a</i>)	5
4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée	5
4.4.2 Vérification des paiements	5
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
4.5.3 Paiement refusé en partie	5
4.5.4 Paiement refusé en totalité	6
4.5.5 Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires	6
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
4.7 CODES DE TRANSACTIONS	8
4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2008)	9
CALENDRIER DE PAIEMENT (2009)	10
4.9 MESSAGES EXPLICATIFS	11
5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES	1
DIAGNOSTIC	6
RESTAURATION	8
ENDODONTIE	12
# CHIRURGIE	14
# PROTHÈSE ACRYLIQUE	33
# LES SERVICES DENTAIRES ASSURÉS	36
# TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	37
6. DIAGNOSTICS	1
7. MANUELS ET FORMULAIRES	1
7.1 MANUELS	1
7.2 FORMULAIRES	1
7.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES	2

ARTICLE 13. DEMANDE DE RÉVISION

13.1 Le chirurgien buccal qui conteste un refus de paiement ou une demande de remboursement, peut présenter une demande de révision.

Il procède de la même manière s'il s'oppose au redressement d'honoraires effectué par la Régie pour cause d'erreur de facturation.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la réception de l'avis du refus de paiement ou du redressement d'honoraires.

13.2 La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision au chirurgien buccal dans les soixante jours.

Si la Régie n'y fait pas droit, l'avis qu'elle en donne formule les motifs de la décision.

ARTICLE 14. CONCILIATION D'HONORAIRES

14.1 Chaque trimestre, la Régie informe l'Association des demandes de révision qu'elle a rejetées et elle reçoit ses représentations.

D'un commun accord, les délais pour la révision d'un relevé d'honoraires sont prolongés pour la période utile.

ARTICLE 15. INTÉRÊTS

15.1 Tout montant d'honoraires exigible qui n'est pas acquitté dans le délai prévu pour son paiement, porte un intérêt annuel.

Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 pour cent; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

ARTICLE 16. MODALITÉS DE PAIEMENT

+ **16.1** Selon la formule fournie par la Régie aux fins de recevoir tout versement, le paiement des honoraires est fait au chirurgien buccal ou au tiers qu'il autorise, soit :

- un groupe de dentistes ou de chirurgiens buccaux;
- une société de dentistes ou de chirurgiens buccaux dont il est membre;
- une société par actions visée au règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société et pour laquelle il exerce ses activités professionnelles.

La Régie y procède par versement bancaire au compte du chirurgien buccal ou du tiers qu'il autorise ou, lorsque le chirurgien buccal en fait la demande, par chèque émis à son ordre ou au tiers qu'il autorise.

Ce versement est réalisé dans un délai maximal de trois jours ouvrables après la date de paiement. Tout autre mode de paiement peut être convenu entre le Ministre et l'Association.

**TITRE IV.
CONCERTATION****ARTICLE 17. RÈGLEMENTATION ET DIRECTIVE**

17.1 Le Ministre consulte l'Association sur tout projet de règlement d'application relatif aux soins de chirurgie buccale ou aux soins dentaires, dont il entend recommander l'adoption.

Il prend également cet avis en regard des directives qu'il entend publier et des règlements présentés par la Régie pour arrêté d'approbation.

**TITRE V.
PROCÉDURE D'ARBITRAGE**

ARTICLE 18. DIFFÉREND

18.1 Un différend est logé par un chirurgien buccal ou l'Association, conformément au présent titre.

On distingue le différend en contestation d'honoraires et le différend collectif.

1. DIFFÉREND EN CONTESTATION D'HONORAIRES

18.2 Un chirurgien buccal auquel la Régie oppose un refus de paiement ou demande un remboursement, peut former un différend.

Ce différend doit être logé dans les six mois de la réception de la décision de la Régie.

L'Association peut, dans les mêmes circonstances, agir pour le compte d'un ou plusieurs chirurgiens buccaux.

18.3 Il n'y a pas ouverture au différend en contestation d'honoraires, si le litige est de la compétence exclusive de la Commission des affaires sociales.

2. DIFFÉREND COLLECTIF

18.4 L'Association peut former un différend collectif contre le Ministre, la Régie ou un établissement.

Elle peut ainsi soulever tout désaccord au sujet de l'application de cette entente.

Elle peut, de même, attaquer tout instrument administratif - tel une directive, une circulaire, un contrat d'affiliation ou un plan d'organisation - qu'elle prétend être en contradiction de cette entente.

ARTICLE 19. ARBITRAGE

1. AVIS DE DIFFÉREND

19.1 Un différend est logé au moyen d'un avis adressé au greffier du conseil d'arbitrage qui en notifie sans délai les parties intéressées.

Cet avis de différend est rédigé au moyen du formulaire prévu en annexe de la présente entente, sauf s'il s'agit d'un différend logé par l'Association.

2. QUORUM

19.2 Tout différend est instruit devant un conseil d'arbitrage formé d'un président, assisté d'assesseurs.

Le président est nommé par les parties négociantes. Chacune d'elles choisit un assesseur.

On procède devant un président seul, si le plaignant en fait la demande.

6. RÈGLES D'APPLICATION ET LIMITATIONS

6.1 Un seul supplément de garde locale est payable par jour, par établissement.

Il en est de même pour la garde multi-établissements, où un seul supplément est payable par jour, pour le groupe d'établissements désignés.

6.2 Un supplément de garde locale ne peut être réclamé, au cours d'une journée, pour un établissement donné, lorsqu'un supplément de garde multi-établissements est réclamé pour cet établissement au cours de cette journée.

6.3 Un chirurgien buccal ne peut réclamer plus d'un supplément de garde en disponibilité par jour.

7. AVIS

7.1 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente annexe.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

8.1 La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} octobre 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé e
des Services sociaux

FRANÇOIS PAYETTE
Président
Association des spécialistes en chirurgie
buccale et maxillo-faciale du Québec

**+ LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS PAR LES PARTIES
NÉGOCIANTES
(EN RELATION AVEC L'ANNEXE V DE L'ENTENTE MSSS - ASCBMFQ)**

Pour la garde locale

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont - Pavillon Maisonneuve / Pavillon Lamoureux
- Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Cité-de-la-Santé
- CSSS Gatineau - Pavillon de Hull
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôtel-Dieu
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Hôtel-Dieu de Lévis
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Centre hospitalier Anna Laberge
- Hôpital Pierre-Le Gardeur
- Hôpital général de Montréal
- # • Hôpital de Verdun
- # • Hôpital du Haut-Richelieu
- # • Hôpital Honoré-Mercier
- # • Hôpital Charles LeMoynes

Pour la garde multi-établissements

	Cet établissement prend en charge	Établissement(s) pris en charge
#	Hôpital de Verdun	Hôpital du Haut-Richelieu
#	Hôpital de Verdun	Hôpital Honoré-Mercier
	Hôpital général de Montréal	Hôpital Charles LeMoynes
	Hôpital Pierre-Le Gardeur	Hôpital Charles LeMoynes
	CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier	Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière
	Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière	CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier

Voir l'**AVIS** à la page suivante.

AVIS : Tableau des codes et des tarifs

Spécialités	En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
	Code	\$	Code	\$
Garde locale	94521	100,00	94522	200,00
Garde multi-établissements	94523	150,00	94524	300,00

Veillez utiliser le formulaire Demande de paiement n° 1670 et inscrire les données suivantes :

- le code **XXXX01010112**, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTE;
- inscrire le code d'établissement (pour la garde multi-établissements, utilisez le code de l'établissement qui « **prend en charge** » la garde);
- le montant demandé dans la case HONORAIRES et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

+ ANNEXE VI**CONCERNANT LE VERSEMENT DE DIVERS MONTANTS FORFAITAIRES PAYABLES AUX SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE****1. MONTANT FORFAITAIRE VERSÉ**

Pour les services visés aux clauses transitoires (i.e. les services dont le tarif est convenu entre le MSSS et l'ACDQ), des montants doivent être versés par la Régie aux chirurgiens buccaux, sous forme de montants forfaitaires, selon les modalités décrites ci-après.

1.1 MODALITÉS D'APPLICATION

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

1.2 MODALITÉS DE CALCUL

1.2.1 La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal une rétroactivité de 2 % sur les honoraires gagnés¹ durant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 sur la base des données établies par la Régie en décembre 2007.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal une rétroactivité de 4,04 % sur les honoraires gagnés, durant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008 sur la base des données établies par la Régie en juin 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal une rétroactivité de 6,12 % sur les honoraires gagnés, durant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des données établies par la Régie en septembre 2008.

1.2.2 La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal un montant forfaitaire égal à 12,8161 % pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 décembre 2007 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en juin 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal un montant forfaitaire égal à 11,9410 % pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en septembre 2008.

La Régie versera, au plus tard le 30 juin 2009, à chaque chirurgien buccal un montant forfaitaire égal à 28,6640 % pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mai 2008 sur la base des honoraires gagnés tels qu'établis par la Régie en septembre 2008.

Les paiements forfaitaires prévus à la présente sous-section, pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 mai 2008, ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût des rémunérations payées qui sont comparées à l'enveloppe budgétaire globale prévue au paragraphe 1.1 de la lettre d'entente de l'annexe III.

1.2.3 La Régie versera à chaque chirurgien buccal, pour la période du 1^{er} juin 2008 au 30 avril 2009, une rétroactivité correspondant à l'écart entre les honoraires versés et ceux auxquels il aurait eu droit suite à l'application des nouveaux tarifs convenus avec l'ACDQ au 1^{er} juin 2008.

Ce montant sera calculé sur la base des données de la Régie en septembre 2009 et sera payable au plus tard le 31 octobre 2009

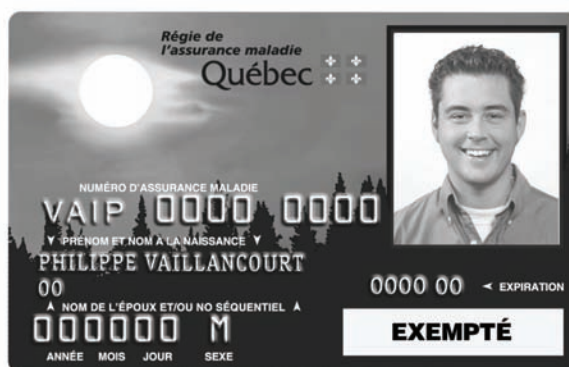
¹ Honoraires gagnés : s'appliquent seulement sur les actes négociés par l'ACDQ

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour raison d'ordre médical.

2.1.4 Vérification de la carte (Validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE:

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

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

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

2- Vérification de la date d'expiration**a) Si la date d'expiration est postérieure à la date des services**

Utiliser l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

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

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076* et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :****a) L'enfant est âgé de moins d'un an;**

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse).
 - si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE* un astérisque (*) suivi du nom de famille. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée;**
 - de plus, s'il s'agit de naissances multiples, ajouter la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* (l'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.).
- **toujours** inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.*, (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut y inscrire tous les éléments d'identité du père ou de la mère (prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance);
- **ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la demande de paiement.**

b) La personne est dans un état requérant des soins urgents :

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

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée :

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

d) Personne en provenance d'un pays étranger 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 le programme confié à la RAMQ par le MSSS :

- vérifier si la personne détient une lettre de la RAMQ confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
- inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.

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

2- Dans tous les autres cas :

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

2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

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

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

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

Le volet de droite identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de soins dentaires. Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**.

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

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

Par ailleurs, les services suivants et leur examen préalable rendus en urgence ne sont pas assujettis au délai de carence (voir article 36.1, du règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie) :

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

AVIS : *Les services et leur examen préalable, doivent être facturés sur une même demande de paiement et vous devez inscrire la lettre « D » dans la case C.S. L'examen d'urgence non suivi d'un des services énumérés ci-haut est non payable et sera donc refusé.*

3.2.1.2 Prestataire d'une aide financière de dernier recours

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

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

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

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

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

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

2) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation ne sont pas disponibles au dossier du prestataire, mais il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

a) le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :

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

b) le prestataire est admis dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 » (voir l'annexe V du présent onglet) :

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

Remarque : Lorsque le service est rendu au cabinet du chirurgien buccal, inscrire le numéro du centre d'accueil où le prestataire est admis dans la case **DIA-GNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

3) Dans tous les autres cas :

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

3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS**3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant**

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

L'identification du chirurgien buccal ne doit comporter aucune erreur.

3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

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

3.2.3.1 Diagnostic principal

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

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

3.2.3.2 Renseignements complémentaires

Tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement tel : séances différentes la même journée, sites anatomiques différents, relation entre les actes, etc.

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

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

3.2.3.3 Considération spéciale

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.

Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **A** » dans les circonstances sans incidence monétaire et la lettre « **N** » dans les cas relatifs à la règle d'application 1.2 (considération spéciale) 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.

Remarque : Pour la **personne assurée qui abandonne le traitement d'une prothèse acrylique**, voici les instructions de facturation : inscrire la lettre « **N** » dans la case **C.S.**, les honoraires demandés et les renseignements appropriés 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. Vous devez **joindre** toutes les pièces justificatives supportant votre demande (ex. : 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).

Lorsque **le remplacement d'une prothèse fait 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 suite à 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).

Pour les demandes de paiement accompagnées d'un cliché radiologique, **brocher le cliché sur le document complémentaire** dûment rempli, placer la lettre « **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.

Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section 4.5.4 sous l'onglet *Paiement à l'acte - Messages explicatifs*.

3.2.4 SERVICES

Les actes pour lesquels le chirurgien buccal demande des honoraires figurent dans cette section.

3.2.4.1 La 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, de remplacement ou de réparation de prothèses acryliques dentaires, 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 3.10;
- **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 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.

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans les cas suivants :

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

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

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

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

- **1 remplacement et une nouvelle prothèse;**

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

MÉTHODE DE CALCUL (un remplacement et une nouvelle prothèse)

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 = 1 120,00 \$ divisé par 2 = 560,00 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 560,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 560,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 %: 560,00 \$ divisé par 2 = 280,00 \$.

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

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	560,00 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 280,00 \$
TOTAL du code d'acte 51120	840,00 \$

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

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

Instruction de facturation

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

Dans les cas suivants :

- **2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale**
Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52251, 51111 avec 52241, 51110 avec 52241.
- **1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse**
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
- **2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale**
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. et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

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 = 1 120,00 \$ divisé par 2 = 560,00 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 560,00 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 560,00 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 560,00 \$ divisé par 2 = 280,00 \$.

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 % . . .	560,00 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+280,00 \$
TOTAL du code d'acte 51121	840,00 \$

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

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**.

Joindre 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.

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

La lettre « **Q** » permet au chirurgien buccal 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

#

2^e demande de paiement

#

3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille du chirurgien buccal ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : numéro d'inscription du chirurgien buccal;
- # 3- **Numéro du groupe** : numéro du compte administratif 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 où les services ont été rendus;
- 8- **Dans cette partie du formulaire** : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le chirurgien buccal ou son mandataire.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement, ou demande de révision ou d'explications. 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

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.

3.2.6 FACTURATION DES SOINS D'URGENCE (HONORAIRES MAJORÉS)

Les actes, pour lesquels le chirurgien buccal demande des honoraires majorés pour des soins d'urgence, se facturent avec le modificateur approprié.

1. L'heure du début du service rendu détermine le modificateur.
2. Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
3. Dans tous les cas, il faut inscrire le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, en référence à la règle d'application 2.0.
4. Dans le cas d'un congé férié survenu le week-end, 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*.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

(MODIF=018) :
SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration du 1/3)

(MODIF=017) :
NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de la 1/2)

(MODIF=019) :
WEEK-END, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 7 heures à minuit (majoration du 1/3)

Remarque : Si un modificateur autre que 017, 018 ou 019 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*.

3.2.7 FACTURATION DU FORFAIT DE L'URGENCE

#

Le chirurgien buccal réclame le forfait de l'urgence sous le code d'acte 94401, 94402 ou 94403 pour l'ensemble des soins donnés pendant le temps passé au centre hospitalier.

1. L'heure du début du service rendu ainsi que le temps de travail (week-end, jour férié, jour de semaine) déterminent le code d'acte.
2. Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
3. Dans tous les cas, il faut inscrire le nom du professionnel qui a appelé et l'heure de l'appel dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
4. Dans le cas d'un congé férié survenu le week-end, 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*.
5. Aucun modificateur utilisé pour les soins d'urgence n'est applicable aux codes d'acte du forfait de l'urgence.
6. Aucun autre service ne peut être réclamé puisque le forfait de l'urgence est un honoraire global comprenant tous les soins donnés pendant le temps passé au centre hospitalier.

3.2.8 FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

Le chirurgien buccal réclame les frais de déplacement sous le code d'acte 94520 (réf.: Règle d'application 1.9).

1. Identifier l'une des personnes assurées ayant reçu des soins.
2. Identifier les services reçus.
3. Inscrire les unités correspondant au nombre de kilomètres parcourus dans un sens seulement, du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Remarque : 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*. Calculer ensuite les honoraires selon le déplacement réel tel que mentionné au point 3.

4. Calculer les honoraires; ceux-ci correspondent au nombre de kilomètres parcourus multiplié par 0,82 \$.
5. Dans la case *CODE* de la section *ÉTABLISSEMENT*, inscrire le numéro du centre hospitalier de soins de courte durée ayant fait appel au chirurgien buccal comme consultant.

RÈGLE D'APPLICATION 5.7

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 5.8

Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le chirurgien buccal requiert l'assistance d'un autre chirurgien buccal ou d'un dentiste, 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 5.28

Mise en place ou ablation de plusieurs attelles dans une même séance; la prestation correspond à 50 % du taux 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. : 019 - 050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 084) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,6666)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
017 - 045	600	0,7500
017 - 045 - 093	344	0,7500
017 - 050	088	0,7500
017 - 093	617	1,5000
017 - 093 - 050	341	0,7500
018 - 045	601	0,6666
018 - 045 - 093	345	0,6666
018 - 050	082	0,6666
018 - 093	618	1,3333
018 - 093 - 050	342	0,6666
019 - 045	602	0,6666

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE**Chirurgiens buccaux**

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
019 - 045 - 093	346	0,6666
019 - 050	084	0,6666
019 - 093	619	1,3333
019 - 093 - 050	343	0,6666
093 - 045	631	0,5000
093 - 050	086	0,5000

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

- A** :- Renseignements complémentaires ou document afférent, sans incidence monétaire.
- Remplacement d'une prothèse suite à une chirurgie buccale.
(réf. : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7).
- Remarque** : Préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse suite à une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.
- # - Personne assurée (prestataire d'une aide financière de dernier recours) ne se présente pas pour la mise en bouche d'une prothèse dentaire acrylique.
- Remarque** : Préciser la situation dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 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 soins de longue durée ou un centre de réadaptation.
- Remarque** : Si le service est rendu au bureau du chirurgien buccal, 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'accueil ou un établissement 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.
- J** :- Personne soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la RAMQ à la demande du MSSS.
- N** :- Pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au taux déjà fixé pour cet acte.
- Pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré.
 - Pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).
- Remarque** : Voir la règle d'application 1.2.
- Q** :- Indicateur précisant que le **même service** est **rendu plus d'une fois le même jour** à une personne assurée et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case **C.S. sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes, s'il y a lieu (voir instructions de facturation, section 3.2.4.7).
- R** :- Remplacement d'une prothèse complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans, dans les cas de perte ou de bris irréparable; l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- Remarque** : Voir les sections 3.2.4.4 à 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

4. PAIEMENT À L'ACTE

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

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement se fait toutes les 2 semaines sous forme de chèque ou de dépôt direct à l'ordre du chirurgien buccal traitant ou d'un tiers autorisé par ce chirurgien buccal à recevoir paiement.
- # Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

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

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

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

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

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

4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

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

- # Sur les états de compte, les erreurs de type « forme et contenu » paraissent avec le code de message explicatif 907 (voir 4.9).

4.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

4.4.1 Description

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

4.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9 et sommaire)

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

Sommaire

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

**Messages généraux
Paielements et retenues**

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

**Déductions cumulatives (cotisation ASCBMFQ)
Description des codes de transactions (TRA)**

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

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

- 1a.** NO DE LA DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- # **2a.** DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : A0401 i.e. A pour l'année, 04 pour avril et 01 pour le quantième.
- 3a.** ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne.
- 4a.** PERS. ASS.: Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom.
- 5a.** CODE : Numéro référant à la nature de la transaction (TRA) (voir **4.7**) et à un message explicatif approprié (EXPL) (voir **4.9**).
- 6a.** MONTANT PAYÉ : Montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée

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

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir **4**). Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction (TRA) 02, 10 ou 22 (voir **4.7**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **4.9**).

Le spécialiste en chirurgie buccale qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision**. (voir **4.5.4b** et **4.5.5**)

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction (TRA) 02, 10, 11 ou 22 (voir **4.7**) et du code de message explicatif approprié (voir **4.9**). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

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

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

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

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

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction (TRA) 03, 05 ou 20 (voir **4.7**) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision n° 1549* (voir l'onglet *Manuels et formulaires*) et expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Remarque : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de l'autorisation** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de **prothèse(s) dentaire(s) acrylique(s)**.

4.9 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.
- 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, s'il y a lieu.
- 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 d'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.

Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet «Rémunération à l'acte», 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.

Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet «Rémunération à l'acte», 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.
- 110** La carte d'assurance maladie est 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 vérifier et 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** Le numéro d'assurance maladie est absent et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et 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.

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- 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 prestataire d'une aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez vérifier et 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.
- # **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 à une 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 soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une 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.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance, 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. Veuillez vous référer à l'onglet « Rémunération à l'acte » point 3.2.3.4 de votre manuel 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 facturés lorsque des services concernant les deux maxillaires sont en cause à la même séance. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

- 360** Code d'acte absent. 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.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.
- 388** Acte soumis à l'application du modificateur 066 (réf. : Règle d'application 1.4.1).
- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 054 (réf. : Règle d'application 1.4.2).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 5.28).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 5.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 5.4).

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- 401** Acte payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404** Acte non assuré pour cette personne assurée.
- # **406** Acte assuré pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours seulement.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** Cet acte est incompatible avec le numéro de dent et/ou avec l'âge de la personne assurée.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum (réf. : Règle d'application 3.5.1).
- # **414** Ce code d'acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- 423** L'acte ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 5.20).
- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 437** Conformément à la règle d'application 3.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base de cet acte étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée, est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature, son libellé ou la règle d'application afférente, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 441** Selon le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, cet acte ne peut être payé s'il n'est pas suivi d'un des services énumérés à l'article 36.1. Réf. : Article 2.2 de la page 4, sous l'onglet « Personnes assurées ».
- 446** Acte incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.4).
- 447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 4.4).
- 449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.8.1).

- 501** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la dent est absent.
- 505** Le numéro de dent n'est pas acceptable pour ce code d'acte.
- 509** Les honoraires pour le traitement d'alvéolite ou le contrôle d'hémorragie sont refusés puisque le modificateur utilisé ne s'applique pas à ces actes (Règle d'application 5.6 - Modificateur 048).
- 510** Le numéro de dent est incompatible avec l'âge de la personne assurée selon le guide d'urgence dentaire.
- 526** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est absent.
- 527** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est non acceptable.
- 530** Le numéro de surface est incompatible avec le code d'acte réclamé.
- 535** Le numéro de surface est inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 555** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle d'application 5.8 pour le rôle d'assistant au dentiste ou au chirurgien maxillo-facial.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Le modificateur utilisé est incompatible avec le rôle demandé pour ce code d'acte.
- 577** La majoration d'honoraires pour les soins d'urgence (modificateurs 017-018-019) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. (réf. : Règle d'application 2.0).
- 578** Le modificateur 019 est applicable seulement pour des services rendus le week-end ou les jours fériés.
- # 579** Le code d'acte doit être soumis avec les modificateurs appropriés (010 ou 048) lorsqu'une nouvelle intervention a lieu au cours d'une même hospitalisation, pour la même personne assurée et pour le même professionnel (réf. : Règle d'application 5.6).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** En raison de son libellé, la réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée. (réf. : Nature de l'acte).

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- # **617** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- # **618** Le code d'acte est soumis à un maximum ou non payable, et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 619** Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de la prothèse dentaire acrylique. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Les actes de supplément de garde en disponibilité de l'annexe V doivent être facturés avec un matricule fictif.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 677** Lors du remplacement d'une prothèse acrylique complète ou partielle en dedans de la période de huit ans pour les cas de perte ou de bris irréparables, l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 682** Consécutivement à une expertise professionnelle et selon les renseignements fournis.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 684** Seuls les huit premiers codes d'acte de la demande de paiement ont été évalués.

- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 695** Code d'acte, le rôle ou les honoraires modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 696** Code d'acte modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Rôle modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Honoraires modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 709** Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres (réf. : Règle d'application 1.9).
- 713** Les frais de déplacement sont remboursés au chirurgien buccal auquel un centre hospitalier de soins de courte durée du Québec fait appel comme consultant (réf. : Règle d'application 1.9).
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit dans la case UNITÉS.
- 723** Ce supplément de garde en disponibilité doit être effectué la semaine.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Ce supplément de garde en disponibilité doit être effectué la fin de semaine ou un jour férié.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 733** Un seul supplément de garde en disponibilité est payable par jour, par professionnel (Règle 6.3 de l'annexe V).
- 734** Un seul supplément de garde multi-établissements est payable par jour, par regroupement d'établissements (Règle 6.1 de l'annexe V). Ce service n'est pas payable car un supplément de garde multi-établissements a déjà été facturé par un autre professionnel.
- 735** Un seul supplément de garde est payable par jour, par établissement (Règle 6.1 de l'annexe V). Ce service n'est pas payable car un supplément de garde a déjà été facturé par un autre professionnel.
- 736** Une garde multi-établissements a déjà été réclamée par un autre professionnel pour cet établissement au cours de la même journée. Par conséquent, un supplément de garde locale ne peut être réclamé au cours de cette journée pour cet établissement (Règle 6.2 de l'annexe V).

4. PAIEMENT À L'ACTE

Chirurgiens buccaux

- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- 801** Le supplément de garde facturé peut seulement être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement désigné par les parties à l'annexe V.
- # 802** Le code d'établissement est absent, inexistant ou fermé à la date de l'acte.
- # 804** Le code d'établissement diffère de celui pour l'acte.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé «OXXX8» n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 834** Code d'acte incompatible avec le code de l'établissement (réf. : Règle d'application 2.0 ou 2.01).
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support magnétique ou télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- 908** Il y a recouvrement du pré-paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 912** Le numéro d'autorisation et la date de cette autorisation doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin lors de la facturation d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse dentaire acrylique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.

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 18,25

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 Grâce
24 décembre
25 décembre
26 décembre
31 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.*

1.9 Le chirurgien buccal 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 0,82 \$ 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. Toutefois, si au cours d'une séance le chirurgien buccal a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

94540 Supplément pour enfant de moins de six ans 6,50

+ 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 a recours à l'anesthésie générale.

94541 Supplément pour l'asepsie 5,50

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 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 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 minuit 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 minuit à 7 heures (majoration de la 1/2)

(MODIF=018) :

SOIR, du lundi au vendredi, de 19 heures à minuit (majoration de 1/3)

(MODIF=019) :

WEEK-END (samedi et dimanche) et les JOURS FÉRIÉS de 7 heures à minuit (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 91,75 \$ entre minuit et 7 heures et de 55,25 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

Un forfait de l'urgence de 55,25 \$ est également payé au chirurgien buccal qui se rend au centre hospitalier pour des soins d'urgence le jour en semaine. Ce forfait n'est pas sujet à la règle 5.1.

Ce forfait est un honoraire global : sont compris tous les soins donnés par le chirurgien buccal 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 minuit à 7 heures = 91,75 \$

94402 :
de 7 heures à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés, et de 19 heures à minuit les autres jours = 55,25 \$

94403 :
de 7 heures à 19 heures en semaine = 55,25 \$

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 Grâce, 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 16,25

Il s'agit d'une visite à un patient hospitalisé dont il est le chirurgien buccal traitant pour un examen ou un traitement médical. Le chirurgien buccal doit indiquer au relevé d'honoraires le motif de la visite, le diagnostic et le cas échéant, le traitement.

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 12,25

Il s'agit d'une visite en centre hospitalier pour contrôler l'évolution de l'état d'un patient. Le chirurgien buccal a droit à un maximum de trois (3) visites.

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.

Le chirurgien buccal qui revoit un patient chez lequel il a pratiqué une chirurgie, ne peut se prévaloir du tarif de la visite de contrôle, sauf les chirurgies visées au 3^e alinéa de la règle 5.1.

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 de la personne assurée par un chirurgien buccal, 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 la 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 chirurgien buccal convient pour une même personne assurée de ne réclamer aucun autre examen.

+ * Toutefois, lorsque la personne assurée est suivie par un chirurgien buccal en établissement pour des fins oncologiques, le chirurgien buccal 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.

+ 01120	examen d'une personne assurée de moins de 12 ans	41,25
+ 01130	examen d'une personne assurée de 12 ans et plus	47,00

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

+ * Prendre note que l'entrée en vigueur du deuxième alinéa sera effectif seulement à la date fixée par la Gazette officielle suite aux modifications apportées au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

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

+ 01300 examen d'urgence 23,50

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

*La présence d'un code de diagnostic dans la case appropriée de la demande de paiement **est requise** pour supporter l'examen d'urgence lorsque cet examen est fait seul et non suivi d'un autre service le même jour (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 pratiqué par un chirurgien buccal suite à la demande d'un autre chirurgien buccal, 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 consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au chirurgien buccal, au dentiste ou au médecin traitant.

2.7 Le chirurgien buccal auquel un patient est dirigé pour une consultation, n'a pas droit au paiement des honoraires prévus pour cette consultation si, dans les quarante-dix (40) jours qui suivent, il revoit ce patient pour une chirurgie.

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

93220 Consultation : personne assurée de moins de 12 ans 52,50
93230 Consultation : personne assurée de 12 ans et plus 57,75

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.*

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

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

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

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

Restauration sur dent antérieure

AVIS : - *Voir la règle d'application 3.2 (code spécifique).*

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

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.

+ **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'étend(ent) 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.

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

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 (Voir la règle d'application 3.2, pour code spécifique).

En amalgame

Molaire primaire			
21999		- valeur de base	16,50
Régulier	Spécifique		
+ 21101	21901	- une surface	14,50
+ 21102	21902	- deux surfaces	48,25
+ 21103	21903	- trois surfaces	61,50
+ 21104	21904	- quatre surfaces	83,25
+ 21105	21905	- cinq surfaces	111,75
Prémolaire			
21999		- valeur de base	16,50
+ 21211		- une surface	16,75
+ 21212		- deux surfaces	50,25
+ 21213		- trois surfaces	63,50
+ 21214		- quatre surfaces	88,25
+ 21215		- cinq surfaces	116,25
Molaire permanente			
21999		- valeur de base	16,50
+ 21221		- une surface	27,00
+ 21222		- deux surfaces	60,00
+ 21223		- trois surfaces	83,25
+ 21224		- quatre surfaces	106,00
+ 21225		- cinq surfaces	139,75

En matériau esthétique

- 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	41,50
+ 23302		- deux surfaces	81,00

Tenon par restauration

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

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

Couronne préfabriquée

AVIS : Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2

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

Code régulier	Code spécifique		
+ 27421	27921	sur antérieure primaire . . .	94,25

Métallique

Code régulier	Code spécifique		
+ 27401	27901	antérieure primaire	94,25
+ 27403	27903	postérieure primaire	94,25
+ 27411		antérieure permanente . . .	94,25
+ 27413		postérieure permanente . .	94,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

3.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même chirurgien buccal 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	38,50
---------	---	-------

ENDODONTIE

AVIS : Les services d'endodontie sont considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de dix (10) ans. Ces services sont également considérés comme assurés, en cabinet seulement, pour le compte d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Pansement sédatif

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 cent quatre-vingt (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 et la règle d'application 3.2, pour le code spécifique).

+ 31111	pansement sédatif	30,25
---------	-----------------------------	-------

Endodontie sur dent primaire

Pulpotomie sur dent primaire

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

Régulier	Spécifique		
+ 32211	32911	Pulpotomie sur dent primaire.	51,50

AVIS : Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2.

Pulpectomie sur dent primaire

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

Régulier	Spécifique		
+ 32310	32910	Pulpectomie sur dent primaire.	51,50

AVIS : Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2.

Endodontie sur dent permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

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

+ 33999	Traitement de canal partiel sur dent permanente	60,75
	Traitement d'urgence	
+ 39910	Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	25,25

CHIRURGIE

5.1 La rémunération pour un acte chirurgical comprend la rémunération pour l'examen, l'examen d'urgence, le forfait de l'urgence, la consultation, l'examen et les soins pré-opératoires, l'acte chirurgical lui-même, tout examen post-opératoire et les soins post-opératoires, à l'exclusion des actes de chirurgie post-opératoires.

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

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

Toutefois, lorsque le chirurgien buccal ne procède auprès de la personne assurée qu'à l'ablation simple de dent ou à l'ablation simple de racine dentaire ou à un (1) seul acte de moins de 100 \$, l'examen, l'examen d'urgence et/ou la consultation font l'objet d'une rémunération distincte de celle de l'acte chirurgical.

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

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

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

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

5.3 À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsque la consultation, ou l'examen, ou l'examen d'urgence n'est pas suivi d'un acte chirurgical dans les quatre-vingt-dix (90) jours, cet acte est rémunéré au tarif établi.

AVIS : *Lorsque, par inadvertance, le chirurgien buccal a demandé des honoraires pour des examens, soins préopératoires ou consultation, dans les 90 jours précédant un acte chirurgical, la Régie récupérera automatiquement les honoraires payés pour ces services lors du paiement de l'acte chirurgical. Ne pas déduire les honoraires de ces services des honoraires de l'acte chirurgical.*

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, ces actes sont rémunérés à raison de 100 % du tarif établi pour le premier acte ou pour l'acte le plus tarifé et de 50 % du tarif établi pour chacun des autres actes.

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

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

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

5.5 Lorsqu'au cours d'une séance le chirurgien buccal 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.

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

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

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

5.8 Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le chirurgien buccal requiert l'assistance d'un autre chirurgien buccal 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.*

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

Il en est de même du chirurgien buccal 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 a droit à la rémunération prévue à l'alinéa précédent.

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

Cependant, le chirurgien buccal 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	1 730,00
75995	Durée anesthésique de 8 à 10 heures au total	1 978,00
75996	Durée anesthésique de 10 à 12 heures au total	2 472,00
75997	Durée anesthésique de plus de 12 heures	3 214,00

5.9 Si, à la suite d'une ablation de dent ou de racine, le chirurgien buccal 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

#	<u>AVIS</u> : 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.	
	Ablation simple de dent (non sujet à la règle d'application 5.4)	
	<u>AVIS</u> : Inscrive le numéro de dent. (Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.)	
	sous anesthésie locale ou régionale :	
+ 71101	première dent	45,25
+ 71111	chaque dent additionnelle	29,00
	sous anesthésie générale :	
+ 71401	première dent	45,25
+ 71411	chaque dent additionnelle	29,00
	Ablation complexe de dent (comprenant ablation du sac adamantin ou folliculaire si indiqué)	
+ 72100	ablation de dent ayant fait éruption, nécessitant un lambeau et/ou une odontectomie	97,00
+ 72210	ablation de dent dont la surface occlusale est entièrement couverte par le tissu muqueux	97,00
+ 72220	ablation de dent ayant fait éruption et nécessitant un lambeau, une exérèse de tissu osseux (ostectomie) et par la suite des points de suture, à l'exception des cas prévus ci-après	142,00
	Ablation de dent dont la surface occlusale est couverte par le tissu osseux :	
+ 72230	entièrement couverte	192,00
	partiellement couverte :	
+ 72250	lorsque la dent est en position horizontale ou quasi horizontale	215,00
+ 72260	lorsque la dent adjacente empêchant l'éruption est conservée	192,00
#	ABLATION DE RACINE	
#	<u>AVIS</u> : 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. Inscrive 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) (non sujet à la règle d'application 5.4)	
	<u>AVIS</u> : Inscrive 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	41,00
+ 72311	chaque dent additionnelle	29,00
	sous anesthésie générale :	
+ 72351	première dent	41,00
+ 72361	chaque dent additionnelle	29,00

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Chirurgiens buccaux

Ablation complexe de racine dentaire

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

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

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

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

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	350,00
+ 72411	sans appareil de traction	151,00

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

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	20,75
+ 79616	avec anesthésie	28,00

Ostéomyélite

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

75502	3 cm et moins	173,25
75503	plus de 3 cm à 4 cm	223,00
75504	plus de 4 cm à 6 cm	292,25
75505	plus de 6 cm à 9 cm	412,50
75506	plus de 9 cm	485,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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	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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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	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

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

tissu osseux

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5**Mandibulectomie**

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5**Maxillectomie**

partielle

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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 n'a droit à la rémunération de l'abaissement total du plancher de la bouche en plus d'une séance qu'aux conditions suivantes :

- a) une ablation du tissu hyperplasique (minimum 3 cm) ou de la crête mylohyoïdienne a été effectuée lors de la première séance;
- b) 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;
- c) un délai d'au moins 45 jours doit intervenir entre la première séance et la séance subséquente;

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

Extension des replis muqueux

avec greffe muqueuse

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

avec greffe épidermique

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux**

avec épithélisation secondaire et réinsertion musculaire

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

avec épithélisation secondaire sans réinsertion musculaire

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.15

73220	réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale).	232,75
--------------	---	--------

AVIS : 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 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	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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

Tubéroplastie (Unilatérale) (Reconstruction 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 rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde ainsi que toute réduction muqueuse, fibreuse ou osseuse)	241,50

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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	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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

Ablation de torus

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

Traitement des glandes salivaires

79101	dilatation de canal (par séance)	54,75
	sialolithotomie par voie buccale	
79104	tiers antérieur du canal	88,25
79105	deux tiers postérieurs du canal	273,75
79110	sialolithotomie par voie externe	291,25
	ablation de glandes salivaires	
79106	sous-maxillaire	362,50
79107	sub-linguale	273,75
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

5.19 La rémunération pour la fermeture de communication bucco-sinusale dans la même séance que l'antréostomie est comprise dans la rémunération de l'antréostomie.

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 5.4.

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 ou plus	122,00

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

AVIS : *Voir la règle d'application 5.5*

Operculectomie

+ 72410	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	36,50
---------	--	-------

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

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

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

AVIS : *Voir la règle d'application 5.5*

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux**

	réparation d'une lacération de part en part	
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

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

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 5.15

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 déféctuosité du palais antérieur	351,75

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

74224	Partielle	232,75
74226	Totale	447,00
77860	Glossectomie	99,50

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

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

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

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

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

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

	greffe osseuse hétérogène ou alloplastique, excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74445	entre 2 et 9 cm ²	242,50
74449	plus de 9 cm ²	384,25
	greffe osseuse autogène (maximum 2 par maxillaire en 2 sites receveurs espacés d'au moins 2 cm)	
74452	entre 1 et 4 cm (excluant la greffe osseuse simultanée à la pose d'implants au même site)	546,75
74454	plus de 4 cm	867,00
	prise du greffon (un ou plusieurs) (Le tarif de la prise du greffon n'est pas sujet à la règle d'application 5.4).	
74306	au niveau de la face	81,50
74307	à un autre site	162,25

Réduction de fracture

5.23 La rémunération fixée pour le traitement des fractures ou des dislocations inclut la rémunération pour les soins post-opératoires dispensés dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent le traitement.

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

Arcade zygomatique et/ou os malaire

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

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

Nez

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

Maxillaire

	Le Fort I (demi ou complet)	
76310	réduction fermée	179,50
76312	réduction ouverte	326,50

Le Fort II (demi ou complet)**5.24** Abrogée (par l'Amendement n° 10)

76410	réduction fermée (unique ou multiple)	270,25
	réduction ouverte	
76420	unilatérale	460,00
76430	bilatérale	671,50
	naso-orbitaire	
	réduction ouverte (comprend l'intervention sur les tissus palpébraux)	
76511	unilatérale	460,00
76512	bilatérale	671,50
76513	réinsertion bilatérale des ligaments palpébraux dans une autre séance que la réduction de fracture	135,75
76411	Le Fort II fermé et Le Fort I fermé	270,25
76412	Le Fort II fermé et Le Fort I ouvert	460,00
	Le Fort II ouvert et Le Fort I fermé	
76413	unilatérale	460,00
76414	bilatérale	671,50
	Le Fort II ouvert et Le Fort I ouvert	
76421	unilatérale	624,50
76431	bilatérale	837,25
	Le Fort III	
76810	réduction fermée	472,75
-----	réduction ouverte (prestation incluse dans celle des réductions de fractures effectuées dans la même séance).	
79050	Lambeau bicoronal	287,50
76551	Réduction de l'os frontal	488,75
76555	Oblitération du sinus frontal (incluant le prélèvement du matériel obturateur et le curetage de la muqueuse)	230,00
	Mandibulaire	
76210	réduction fermée (unique ou multiple)	349,50
	réduction ouverte (unique ou multiple)	
	un site :	
76221	approche intra-orale	626,75
76222	approche extra-orale	626,75
76223	approches intra et extra-orales	947,50
	deux sites :	
76231	approche intra-orale	835,00
76232	approche extra-orale	835,00
76233	approches intra et extra-orales	1 254,75
#	AVIS : <i>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.</i>	
	trois sites et plus :	
76241	approche intra-orale	978,75
76242	approche extra-orale	978,75
76243	approches intra et extra-orales	1 466,25
76260	Condyle (réduction ouverte)	600,00

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux****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	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

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	39,25
76912	plus de 3 cm à 6 cm	52,75
76913	plus de 6 cm	63,00

AVIS : Voir la règle d'application 5.5

76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	100,75
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	202,50
+ 76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	120,00

AVIS : 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)	132,00
----------------	---	--------

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

Mise en place et ablation d'attelle osseuse

5.27 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.

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 (50 %) dans la case MODIF.*

Mise en place d'attelle osseuse

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

Ablation d'attelle osseuse

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

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

	Luxation	
78115	réduction sans anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	37,50
78125	réduction sous anesthésie de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	54,75
78200	Ménisectomie totale	331,25
78407	Condylectomie haute (résection de 5 mm et plus)	433,00
78300	Condylectomie radicale (résection au col)	649,50
78400	Arthroplastie temporo-mandibulaire incluant le remplacement du ménisque et le remodelage du condyle	662,50
77160	Ablation de l'apophyse coronoïde	333,50
	Infiltration de l'articulation temporo-mandibulaire	
78600	médication intra-articulaire incluant la substance	65,00
78500	Arthrocentèse (incluant la médication anti-inflammatoire)	162,25
	Arthroscopie	
78401	arthroscopie diagnostique (lyse et lavage)	324,75
78410	arthroscopie thérapeutique (instrumentation motorisée, troisième porte d'entrée)	487,00

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux****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 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).

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, d'une autorisation à cet effet émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

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

A- CONFECTION

AVIS : Référez à l'onglet Rémunération l'acte pour les instructions de facturation : Facturation simultanée de deux prothèses (section 3.2.4.3) et Remplacement d'une prothèse suite à une perte ou à un bris (section 3.2.4.4)

Complète

+ 51100	supérieure	633,00
+ 51110	inférieure	816,00
+ 51120	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

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

5. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**Chirurgiens buccaux****B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)**

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

Complète

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

Partielle

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

C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION

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

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

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

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

D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

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

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

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 appui	C.S.

(À compter du 15-05-92)

Les services dentaires assurés

36

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

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

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

(***) Centre hospitalier ou établissement universitaire

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

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

TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

JOUR FÉRIÉ	2007-2008	2008-2009	2009 / 2010
Journée nationale des Patriotes	21 mai 07	19 mai 08	18 mai 09
Fête nationale du Québec	25 juin 07	24 juin 08	24 juin 09
Fête du Canada	2 juillet 07	1 ^{er} juillet 08	1 ^{er} juillet 09
Fête du Travail	3 septembre 07	1 ^{er} septembre 08	7 septembre 09
Action de Grâce	8 octobre 07	13 octobre 08	12 octobre 09
Veille de Noël	24 décembre 07	24 décembre 08	24 décembre 09
Fête de Noël	25 décembre 07	25 décembre 08	25 décembre 09
Lendemain de Noël	26 décembre 07	26 décembre 08	28 décembre 09
Veille du jour de l'An	31 décembre 07	31 décembre 08	31 décembre 09
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 08	1 ^{er} janvier 09	1 ^{er} janvier 10
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 08	2 janvier 09	4 janvier 10
Vendredi Saint	21 mars 08	10 avril 09	2 avril 10
Lundi de Pâques	24 mars 08	13 avril 09	5 avril 10

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.

7. MANUELS ET FORMULAIRES

7.1 MANUELS

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement au nouveau chirurgien buccal **oeuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie une copie du manuel qui le concerne.

7.1.1 COMMANDE

Le professionnel peut obtenir des copies supplémentaires ou d'autres manuels publiés par la Régie moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

7.1.2 MANUELS DANS INTERNET

Les manuels de la Régie sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Le professionnel peut les consulter, les télécharger et imprimer les pages désirées. L'adresse du site Internet se trouve en page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

7.2 FORMULAIRES

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque chirurgien buccal une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

7.2.1 DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (*formulaire n° 1670*)

Le chirurgien buccal qui facture par support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1^{er} avril au 31 mars).

Seules les commandes formulées par le chirurgien buccal lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

Toute demande au delà de cette limite sera tarifée. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte. Pour plus d'information, consultez la rubrique Administration de la pratique / Frais administratifs dans votre section du site Internet de la Régie www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/index.shtml.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à ce jour. Sur la première ligne de l'étiquette on peut lire :

Qxxxxxx **Cxxxxxx**

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

7.2.2 COMMANDE

Pour toute commande de formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

7.2.3 FORMULAIRES DANS INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. Le chirurgien buccal peut les consulter, les télécharger et les imprimer. Référez également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

7.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

Formulaires disponibles	Numéro
Formulaires relatifs à l'inscription	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Formulaires relatifs à la facturation	
Enveloppe pour demande de paiement	1292
Demande de paiement - Acte (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3</i>)	1670
Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3.2.4.8</i>)	1944
Demande de remboursement des frais de déplacement Demande de remboursement à la personne assurée (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3.4</i>)	2076
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Formulaires relatifs à la facturation informatisée	
Description du système de facturation informatisée	2102
# Demande d'accréditation et renseignements pour la facturation informatisée	2404
Mandat - Agence commerciale de traitement de données	2788
Autres formulaires	
Commande de formulaires	1491
Réclamation hors province pour services médicaux	2688
Demande de matériel de facturation pour dispensateur	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Changement d'adresse	3102
# Demande d'autorisation de paiement - Médicament d'exception	3633
# Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception	3996