



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 29
JUILLET 2014

Veuillez 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 : [1](#)

ENTENTE

- Modification d'ordre administratif

Page : [24](#)

- Modification d'ordre officiel de la liste des gardes en disponibilité de l'Annexe V

Page : [29](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [9](#), [11](#) à 17, [29](#) et [34](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [3](#) et [6](#)

MESURES INCITATIVES

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [13](#) à 17

PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

- Modification d'ordre administratif

Page : [3](#)

- Ajout des messages explicatifs 140, 147, 328, 337, 345, 346, 347, 349 et 575

Pages : [9](#) et [11](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications tarifaires

Pages : [4](#), [7](#), [8](#), [10](#), [12](#) à 15, [17](#), [18](#), [24](#) à 26, [31](#), [35](#) et [36](#)

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [2](#), [12](#), [14](#) et [36](#)

MANUEL ET FORMULAIRES

- Modification d'ordre administratif

Page : [1](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les info-lettres suivantes : 142 / 2013-09-26 et 078 / 2014-07-03

LÉGENDE

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

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-70051-7

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le Manuel des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale vise à vous renseigner 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 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.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

- # Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web**, section [Professionnels](#) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant vos ententes et vos modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour de votre manuel, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

- # Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210
 - Montréal : 514 873-3480
 - Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier

MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);
- **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.
- **Tout autre chiffre indique** que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente-cadre.

Note : Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, c'est le numéro du document qui a le plus de poids qui est utilisé.

L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

	<i>Page</i>
4.7 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014).....	9
CALENDRIER DE PAIEMENT (2015).....	10
4.9 MESSAGES EXPLICATIFS	11
5. MESURES INCITATIVES	1
5.0 AVANT-PROPOS.....	1
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (n° 3336).....	2
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (n° 3336).....	4
#5.3 EXPÉDITION (n° 3336)	8
#5.4 LISTE DES LOCALITÉS.....	9
#5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (n° 4188).....	13
#5.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (n° 4188).....	15
#5.7 EXPÉDITION	17
6. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES	1
6.1 MODE DE PAIEMENT.....	1
6.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
6.3 ÉTAT DE COMPTE.....	2
6.3.1 Description.....	3
6.3.1.1 Renseignements généraux.....	3
6.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction.....	5
6.3.2 Vérification des paiements	5
6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	6
6.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	6
6.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement	6
6.4.3 Paiement refusé en partie.....	6
6.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
6.4.5 Modification d'une demande déjà payée	6
6.4.6 Annulation d'une demande de remboursement	7
6.5 CODES DE TRANSACTIONS.....	8
6.6 MESSAGES EXPLICATIFS	9
7. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF	1
RÈGLES GÉNÉRALES.....	1
DIAGNOSTIC	7
RESTAURATION.....	9
ENDODONTIE.....	13
CHIRURGIE.....	15
PROTHÈSE ACRYLIQUE	35
ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION.....	38
LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS.....	39
TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	40

	<i>Page</i>
8. DIAGNOSTICS	1
9. MANUEL ET FORMULAIRES	1
9.1 MANUEL	1
9.1.1 Manuel sur Internet	1
9.1.2 Manuel papier et commande	1
9.2 FORMULAIRES.....	1
9.2.1 Formulaires sur Internet.....	1
9.2.2 Formulaires papier	1
9.2.3 Commande	1

ANNEXE IV**RESSOURCEMENT DANS LES TERRITOIRES DÉSIGNÉS
PAR LE MINISTRE**

AVIS : *Pour bénéficier des mesures incitatives, le professionnel doit remplir la Demande de remboursement des mesures incitatives (n° 3336).*

Pour l'information sur la rédaction de la demande de remboursement et sur les messages explicatifs, vous référer aux onglets spécifiques du manuel.

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

1. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les territoires désignés par le Ministre peut bénéficier d'un séjour d'un maximum de vingt (20) jours de ressourcement après chaque période de douze (12) mois où il a exercé sa profession sur une base régulière dans ces territoires.

2. Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement, d'un programme de formation continue dans sa discipline ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement offert au Québec.

Toutefois, le chirurgien buccal et maxillo-facial peut avec l'accord préalable d'un comité de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par l'Association se prévaloir d'un séjour de ressourcement à l'extérieur du Québec. Ne sont pas considérés comme séjours de ressourcement à l'extérieur du Québec ceux effectués à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

L'accord du comité porte limitativement sur la durée du séjour de ressourcement projeté ainsi que sur le mérite scientifique du programme ou du congrès de perfectionnement visé.

3. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui désire bénéficier d'un séjour de ressourcement doit informer la Régie régionale de la santé et des services sociaux ou le Conseil régional de la santé et des services sociaux de son territoire au moins un (1) mois avant la date du départ.

4. Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui bénéficie d'un séjour de ressourcement a droit au remboursement des frais suivants :

- a) Un montant de 512 \$ par jour de ressourcement à compter du 1^{er} octobre 2013.
- b) Le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de ressourcement (maximum 4 fois par année).

Les frais de transport lui sont remboursés par la Régie, sur présentation de pièces justificatives, selon les modalités suivantes :

les frais de transport sur présentation de pièces justificatives selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi (*), etc) ou pour la location d'une voiture (**) ou au taux de 0,86 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

(*) L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination. De plus, l'utilisation du taxi n'est autorisée que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.

(**) La location d'une voiture est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun qui ne permet pas au chirurgien buccal et maxillo-facial de se rendre dans la localité à desservir.

Ces frais sont remboursés au chirurgien buccal et maxillo-facial jusqu'à concurrence de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour vol régulier de la localité où il exerce ses fonctions jusqu'au point d'arrivée situé au Québec ou jusqu'à Montréal.

- c) Une allocation forfaitaire de 217 \$ par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) à compter du 1^{er} octobre 2013.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit, pour obtenir remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation du séjour de perfectionnement. Cette rémunération et ce remboursement se font selon la procédure prévue à l'article 11 de l'Entente. Le chirurgien buccal et maxillo-facial doit produire à la Régie les pièces justificatives au plus tard un (1) mois après la prise de ce congé ou lors de sa facturation.

- # **5.** Le cumul des journées de ressourcement ne peut excéder quatre-vingt (80) jours. Lorsque le chirurgien buccal et maxillo-facial quitte les territoires visés par la présente annexe, ses journées accumulées doivent être prises dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 4. a.
- 6.** Les dispositions de la présente annexe entrent en vigueur le 1^{er} juin 1992 et le demeurent jusqu'à l'expiration de l'entente.

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
Hôpital régional de Saint-Jérôme	Hôpital de Mont-Laurier Hôpital Laurentien Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil Hôpital Pierre-Le Gardeur
+ Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	Les autres centres hospitaliers de l'Abitibi-Témiscamingue et des régions du nord du Québec, dont : Centre hospitalier de La Sarre Centre hospitalier de Rouyn-Noranda Centre hospitalier de Val-d'Or Centre hospitalier de Ville-Marie Centre hospitalier de Chisasibi

Voir l'**AVIS** à la page suivante.

AVIS : Tableau des codes et des tarifs

Type de garde	En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
	Code	\$	Code	\$
Garde locale	94521	120,00	94522	240,00
Garde multi-établissements	94523	180,00	94524	360,00

Veuillez 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.

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL (*formulaire n° 1670*) **ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE** (*formulaire n° 2076*)

3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les chirurgiens buccaux rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement – Spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (acte)* (n° 1670) et le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente, et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Remplir le formulaire en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, n° de surface, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le deux janvier 20AA s'écrit AA-01-02.

Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1670)

La demande de paiement comporte six sections :

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE (1)
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ADRESSE CODE POSTAL

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR (4)

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE DENT SURRACI TOLI MODIF UNITES HONORAIRES

(2) INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE (4)

CONSULTATION DEMANDÉE-RÉG. (2) SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (3)

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTURE 521.0 521.0

ÉTAT NORMAL V90.9 V90.9

ALTRÉ C.S. (3)

ÉTABLISSEMENT (5)

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS (6)

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 252 03/99

SPÉCIMEN

1. Identité de la personne assurée
2. Identité du chirurgien buccal ayant fourni les services assurés et du professionnel ayant demandé la consultation
3. Diagnostic principal et renseignements complémentaires, CS
4. Date et inscription des services rendus
5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus
6. Signature du chirurgien buccal traitant ou de son mandataire

Remarque : La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il doit figurer dans toute correspondance relative à cette dernière.

3.2.4 SERVICES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 282 0399

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

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

ADRESSE | CODE POSTAL

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF.	UNITÉS	HONORAIRES
3,9,9,1,0				1,0,6,6		41,66
3,9,9,1,0				1,0,9,9		55,55

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
MODIF. 066 et 018

CODE DU DIAGNOSTIC
CARIÉ DENTAIRE 521.0
ÉTAT NORMAL V90.9
AUTRE

AUTORISATION NUMÉRO

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

LE CENTRE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 97:21

SPÉCIMEN

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		CODE POSTAL		ACTE DENT SURFACE PÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
NIT		NOM DU DENTISTE		5 1 1 2 0	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Nouvelle prothèse (100 %) et remplacement suite à un bris (50 %)		<input type="checkbox"/> S21.0 <input checked="" type="checkbox"/> V90.9 AUTRE C.S. R		NOMBRE DATE ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		956:25	
CODE		DATE D'ENTRÉE		956:25	
				TOTAL	

SPÉCIMEN

Dans les cas suivants :

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

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

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

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

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

Dans le cas où l'une des prothèses est remplacée à la suite d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51120 ou 52260 doit être utilisé**. Inscrivez la lettre « **R** » dans la case C.S. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. **L'original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

MÉTHODE DE CALCUL (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 : $51120 = 1\,275,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 637,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 637,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 637,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $637,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 318,75 \$$.

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

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	637,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 318,75 \$
TOTAL du code d'acte 51120	956,25 \$

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

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

1670 232 03/99 DEMANDE DE Paiement - DENTISTE

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
 DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION
 ADRESSE CODE POSTAL
 ANI. NOM DU DENTISTE NUMERO GROUPE
 CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMERO
 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
 BRIS
 CODE DU DIAGNOSTIC CARIE DENTAIRE 521.0
 ALTORISATION NUMERO
 ÉTAT NORMAL V90.9
 DATE ANNÉE MOIS JOUR
 AUTRE C.S. R
 CODE ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE
 ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR
 DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR
 1 4 0 4 0 1
 ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES
 5 1 1 0 0 358.50
 SPÉCIMEN
 358.50 TOTAL
 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

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

Instruction de facturation

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

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

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

ACTE DENT SURFACE NOLI MODI UNITES HONORAIRES 5 1 1 2 1 956 25

SPÉCIMEN

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE MOIS JOUR

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

TOTAL 956 25

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. Inscrive les lettres « A » et « R » dans la case C.S. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. L'original de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

MÉTHODE DE CALCUL

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

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

Exemple : $51121 = 1\,275,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 637,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 637,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 637,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $637,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 318,75 \$$.

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

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	637,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+318,75 \$
TOTAL du code d'acte 51121	956,25 \$

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

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

La lettre « Q » permet au 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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

1670 292 0399

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

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

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CARTE DENTAIRE 521.0 V90.9

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

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

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7,4,4,5,6			1			580:35
7,7,4,1,1			1	0,5,0		375:73
7,7,1,2,1			1	0,5,0		423:38
7,7,1,2,1			1	0,5,0		423:38
7,7,4,5,2			1	0,5,0		277:30
0,1,1,3,0			1			58:25
7,1,4,0,1,1,3			1			83:75
7,1,4,1,1,2,4			1			58:75

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

2 280:89
TOTAL

2^e demande de paiement

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

1670 292 0399

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

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

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CARTE DENTAIRE 521.0 V90.9

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

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

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7,2,3,2,0,4,6			1	0,5,0		73:75
7,4,3,0,8			1			82:60

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

156:35
TOTAL

3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

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

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

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille du 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).

RÈGLE D'APPLICATION 5.28

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

045

AUTRES SITUATIONS

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

093

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

099

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
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 à la suite d'une chirurgie buccale.
(réf. : *Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7*).

Remarque : Préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse à la suite d'une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

B :- Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C :- Enfant âgé de moins d'un an et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie.

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et admise dans un centre d'hébergement et de 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 Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

N : - Pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au taux déjà fixé pour cet acte.

- Pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré.
- Pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

Remarque : Voir la règle d'application 1.2.

- 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*.

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



Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire



Número d'autorisation ▶
Número de dossier (CP-12)
Centre local d'emploi
Téléphone :

Notes – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.
– Lorsque le formulaire est imprimé électroniquement le nom de l'agent responsable de l'autorisation s'inscrit en caractères d'imprimerie.
Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout d'une structure.
La présentation du carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) permet d'obtenir le service.

Demande du prestataire

Je demande au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale l'aide qui peut m'être accordée afin d'obtenir du dentiste ou du denturologiste de mon choix, le ou les services décrits ci-dessous :

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

La prestation spéciale demandée est :

- Une prothèse initiale ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût d'achat a été assumé par le Ministère** et en usage depuis plus de huit ans ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût n'a pas été assumé par le Ministère.**
- Remplacement à la suite d'une chirurgie buccale *(sur recommandation écrite d'un chirurgien buccal ou d'un dentiste)*
- Remplacement à la suite d'une perte ou d'un bris ▶ *En cas de perte ou de bris irréparable, le coût de ce remplacement sera assumé par le Ministère jusqu'à concurrence de la moitié du tarif prévu. Il est à noter que la différence sera payée par le prestataire.*

Le service demandé est :

- | | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <i>Supérieure</i> | <i>Inférieure</i> | <i>Les deux</i> |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE COMPLÈTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE PARTIELLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je fais cette déclaration sachant qu'une fausse déclaration m'obligerait à rembourser le coût total de l'aide qui m'aurait été versée.

Date	Signature du prestataire
------	--------------------------

Note – Si vous prévoyez ne pas utiliser cette autorisation ou si trente jours se sont écoulés depuis que vous l'avez obtenue, vous êtes prié de ne pas la détruire et de la retourner à votre centre local d'emploi.

Autorisation du centre local d'emploi

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale autorise le ou les services dentaires mentionnés ci-dessus, conformément aux conditions inscrites au verso. Aucune substitution n'est permise.

Remarques : _____

SERVICES PAYABLES À 50 % DU TARIF PRÉVU (remplacement pour une perte ou un bris irréparable) Supérieure Inférieure

IMPORTANT :

Le prestataire n'a que **trente jours** à compter de la date indiquée ci-contre pour présenter cette autorisation à un fournisseur. De plus, son carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) doit être valide.

Date d'émission de l'autorisation	Agent responsable de l'autorisation
-----------------------------------	-------------------------------------

Réservé au Ministère

Transaction	Faite	Número de dossier (CP-12) du membre de la famille	Número d'assurance maladie du membre de la famille			
A S P D						
Type	Codes de besoin					
A – Annulation						
R – Remplacement						
E – Émission						
NUMÉRO D'AUTORISATION						
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS						
		Prothèse complète	Supérieure	Inférieure	Les deux	
			Confession, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confession, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale
			51100	51101	51110	51111
		Prothèse partielle	52240	52241	52250	52260
		Regarnissage	56100	—	56101	—

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

ANNEXE VI :
DENT SURNUMÉRAIRE

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

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

ANNEXE VII :

LISTE DES CLINIQUES PRIVÉES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Code d'établissement	Clinique
51332	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal (Québec) H3P 2V9
51302	Clinique d'anesthésie de Montréal 6863, des Angevins Anjou (Québec) H1K 3R4
51402	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon Est, bureau 200 Saint-Léonard (Québec) H1S 1N1

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 virement bancaire (*dépôt direct*) à l'ordre du chirurgien buccal traitant ou d'un tiers autorisé par ce chirurgien buccal à recevoir paiement.
- # Le virement (*dépôt*) 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 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 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.

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 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE				
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4					LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE		DOMANDES DE PAIEMENT RÉQUIS JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE LA SÉCURISATION	N° DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-06-30 (T) 20AA-06-20 (P)		OR-25	001 002	
UNTEL ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 C	20AA-07-11					
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧		
DOCTEUR ROBERT UNTEL 143, RUE FICTIVE QUÉBEC QUÉBEC G1N 5C9 ⑨				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776					
SOMMAIRE					SPÉCIMEN				
MESSAGES GÉNÉRAUX									
PAIEMENTS ET RETENUES									
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)									
OR341 - 4702 092007					VOIR AU VERSO				

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 virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
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 ou télécommunication).
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 Paiements 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

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE													
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4										DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE									
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										20AA-06-30 (T)		002		002									
NOM: UNTEL ROBERT										N° DU PROFESSIONNEL 0-00000-0		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT 0000		N° DU CHÈQUE OU VIREMENT 00000000 C		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-07-11		20AA-06-20 (P)		OR-28		002	
N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ						
1a	2a	3a	4a	5a	6a																		
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																							
SPÉCIMEN																							
REMARQUE:																							
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE																							
FIN DU RELEVÉ																							
OR341 - 4702 090307																							

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 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 ou d'annulation* (n° 1549) 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)**.

5. MESURES INCITATIVES

(*annexes IV et VII de l'Entente*)

5.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux admissibles au ressourcement en territoires désignés de l'annexe IV le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (n^o 3336).

De plus, le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences* (n^o 4188) est disponible pour les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui sont admissibles au ressourcement de l'annexe VII.

- # Pour obtenir des exemplaires de ces formulaires, consultez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n^o 1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sont ceux qui sont exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente, et qui sont nécessaires à l'appréciation de la demande de remboursement.

Ne jamais écrire au verso des formulaires de demande.

De préférence, remplir les formulaires en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, identification du professionnel, signature) entraînera l'annulation de la demande.

5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (n° 3336)
(annexe IV)

0000 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES									
PROFESSIONNEL									
NOM ①					PRENOM			NO DU PROFESSIONNEL	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT					NO DE L'ÉTABLISSEMENT			DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT	
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ					CODE DE LOCALITÉ			ANNÉE MOIS JOUR	
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU	
QUANTIÈME	②								ANNÉE MOIS JOUR
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0.5 jour)					AU				
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)					MONTANT RÉCLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE				
PRIME D'ÉLOIGNEMENT									
PÉRIODE		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT RÉCLAMÉ	
DU		③		AU				<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	
DÉMÉNAGEMENT									
DATE DU DÉMÉNAGEMENT			LOCALITÉ DE DÉPART				CODE DE LOCALITÉ		
ANNÉE MOIS JOUR			LOCALITÉ D'ARRIVÉE				CODE DE LOCALITÉ		
④							MONTANT RÉCLAMÉ		
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
		AU						MONTANT RÉCLAMÉ	
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)				DATE		MONTANT DE L'ESTIME(1)		MONTANT DE L'ESTIME(2)	
SORTIE									
PÉRIODE		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE	
DU		⑤		AU				<i>N.B.: Inscrire les nom - prénom - date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie dans section "Renseignements complémentaires".</i>	
DÉPLACEMENT									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ	
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
⑥									
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie 3- Déménagement 1- Auto, 2- Auto, 3- Taxi, 4- Autres									
								TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES									
⑦									
<i>N.B.: Joindre toutes les pièces justificatives originales.</i>									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL									
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.					SIGNATURE			DATE	
					⑧			ANNÉE MOIS JOUR	
Régie de l'assurance maladie Québec									
3336 292 05/01 FEUILLE BLANCHE: RÉGIE - COPIE JAUNE: PROFESSIONNEL									

5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (n° 4188)
(annexe VII)Régie de
l'assurance maladie
Québec
DEMANDE DE PAIEMENT
 Programme de développement professionnel
 et de maintien des compétences
 Annexe 44 – FMSQ
 Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1 | PROFESSIONNEL

Nom	Prénom	Numéro du professionnel
-----	--------	-------------------------

2 | ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation :

- Activités d'apprentissage collectif agréées
IMPORTANT : Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressourcement.
- Stage de formation ou de perfectionnement.
IMPORTANT : Assurez-vous d'obtenir l'**autorisation** des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. **!**

Quantième JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cochez : AM, PM ou SOIR			Montant réclamé
		AM	PM	SOIR	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Total :					\$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives.

Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

3 | TEMPS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note 2.*
 Nombre d'heures : Montant réclamé : \$
4 | FRAIS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note 2.*

Date AAAA/MM/JJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
					\$
					\$
					\$
Total :					\$

1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres

5 | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

--

PIÈCE JUSTIFICATIVE :

Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6 | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE
--------------------------------------------------------------------------------	-----------

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :

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

1 Annexe 44 – FMSQ : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez leurs coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org
 Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

2 Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.

4188 200 14/06

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

- # Le formulaire est divisé en six parties :
 1. Professionnel
 2. Activités de ressourcement reconnues
- # 3. Temps de déplacement (non applicable)
- # 4. Frais de déplacement (non applicable)
- # 5. Renseignements complémentaires
- # 6. Signature du professionnel

5.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
(formulaire n° 4188)

Régie de l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences
Annexe 44 – FMSQ
Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1 | PROFESSIONNEL

Nom UNTEL	Prénom Pierre	Numéro du professionnel 2234567
---------------------	-------------------------	-------------------------------------------

2 | ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cocher l'activité de ressourcement correspondant à votre situation:

IMPORTANT: Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la Régie pour ce type de ressourcement.

IMPORTANT: Assurez-vous d'obtenir l'autorisation des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la Régie. ❶

Période des activités de ressourcement du **2,0,1,1,0,5,0,1** au **2,0,1,1,0,5,0,3**

Quantité JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cocher : AM, PM ou SOIR			Montant réclamé
02	1,00	AM <input checked="" type="checkbox"/>	PM <input checked="" type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	512,00 \$
03	0,50	AM <input checked="" type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	256,00 \$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
		AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	\$
Total :					768,00 \$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives.
Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

3 | TEMPS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷*

Nombre d'heures : _____ Montant réclamé : _____ \$

4 | FRAIS DE DÉPLACEMENT *Seulement pour les professionnels visés par la note ❷*

Date AAAAMMJJ	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant réclamé
A M J					\$
A M J					\$
A M J					\$
1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres					Total : _____ \$

5 | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :
Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6 | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.

SIGNATURE *Pierre Untel*

2,0,1,1,4,0,3,2,0

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Casse postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

❶ **Annexe 44 – FMSQ :** Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez leurs coordonnées à l'adresse suivante : www.fmsq.org
Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

❷ **Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.**

PARTIE 1**Professionnel**

L'identification du chirurgien buccal et maxillo-facial demandant un remboursement dans le cadre du programme précité comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille
- PRÉNOM : prénom usuel
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie à sept chiffres

PARTIE 2**Activités de ressourcement reconnues**

Cette section doit être remplie pour demander le paiement de demi-journées de ressourcement.

- Identification du ressourcement

Deux catégories d'activité de ressourcement sont admissibles dans le cadre du programme de développement professionnel et de maintien des compétences :

- **Activités d'apprentissage collectif agréées (paragraphe 4.2 i. de l'annexe VII)**

S'il s'agit d'une activité de développement professionnel et de maintien des compétences d'une durée minimale de trois heures consécutives, donnée conformément aux normes d'un prestataire agréé en matière d'éducation et d'éthique, et évaluée comme telle par l'Ordre des dentistes du Québec, vous devez cocher cette case.

- **Stage de formation ou de perfectionnement (paragraphe 4.2 ii. de l'annexe VII)**

S'il s'agit d'un stage de formation ou de perfectionnement d'une durée minimale de trois heures consécutives, vous devez cocher cette case. Cette formation doit être planifiée en collaboration avec un mentor ou un superviseur et porter sur l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences ou sur leur maintien.

Pour que le stage soit reconnu, vous devez faire parvenir une lettre en demandant l'autorisation aux parties négociantes, **un mois avant le début du stage**, à l'adresse suivante :

Équipe de négociation ASCBMFQ
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des professionnels de la santé et du personnel d'encadrement
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Télécopieur : 418 266-8444

Les pièces justificatives devront être jointes au formulaire n^o 4188, au moment de présenter votre demande de paiement à la Régie.

- Période

Dates du début et de la fin de la période couverte par les activités de ressourcement (AAAAMJJ).

Veuillez noter que la période de facturation ne peut excéder trente jours.

- Quantième

Date du jour, formée d'un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

- Durée

- Valeur pour une demi-journée facturée : 0,5
- Valeur pour deux demi-journées au cours de la même journée : 1

- Plages horaires

Le chirurgien buccal et maxillo-facial indique par un crochet ou un « X » à quel moment de la journée la formation a été suivie. Si elle a couvert plus d'une plage horaire, le chirurgien buccal et maxillo-facial doit cocher toutes celles concernées.

Les plages horaires correspondent à :

- AM : de 7 h à 12 h
- PM : de 12 h à 19 h
- Soir : de 19 h à 24 h

- Montant réclamé

Pour demander le montant forfaitaire alloué pour une demi-journée de formation, inscrire le montant prévu à l'entente. Pour deux demi-journées ou pour une journée, inscrire le double du montant prévu à l'entente.

À la case « Total », vous devez inscrire la somme des montants réclamés pour cette demande de paiement.

PARTIE 3

Non applicable à votre profession.

PARTIE 4

Non applicable à votre profession.

PARTIE 5**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement.

PARTIE 6**Signature du professionnel**

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

Elle doit être accompagnée de l'attestation liée à la formation. Une photocopie est acceptée. Vous devez conserver une copie de ces documents, de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait vous adresser.

Dans le cadre d'une activité d'apprentissage collectif agréée, l'attestation doit comporter une mention de reconnaissance par l'Ordre des dentistes du Québec.

5.7 EXPÉDITION

Vous devez transmettre le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences* (n^o 4188) dûment rempli et signé ainsi que les pièces justificatives requises à la Régie, à l'adresse suivante :

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

6.3.1 Description

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement ou de remboursement qui font l'objet de transactions.

6.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

1. NOM : Nom et prénom du chirurgien buccal et maxillo-facial.
 2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du chirurgien buccal et maxillo-facial ainsi que son chiffre preuve.
 3. NUMÉRO DU GROUPE : Numéro du groupe du chirurgien buccal et maxillo-facial, s'il y a lieu.
 4. NUMÉRO DE CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) dont le montant correspond 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 virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : La date inscrite dans cette case correspond à la date limite de réception des demandes de paiement. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La lettre « **P** » (papier) ou « **T** » (Internet ou télécommunication).
 7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
 8. PAGINATION : La pagination réfère au 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 8 pages.
 9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le chirurgien buccal et maxillo-facial pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

Sommaire

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

- Messages généraux
- Paiements et retenues
- Description des gains - mesures incitatives
- Déductions cumulatives
- Description des codes de transactions

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

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE			
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4										DEMANDES DE PAIEMENT RÉGIES ASSURÉES		N° DU PAIEMENT	PAGE
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										20AA-11-06 (T)		OR-46	002 DE 002
NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DU CHEQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-11-17			
UNTEL		ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 C		20AA-11-17			
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			REVISION			
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE		
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a				9a	10a	
DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES													
SPÉCIMEN													
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE													
FIN DU RELEVÉ													

OR344 4702 306 09/94 VOIR AU VERSO

MESSAGES EXPLICATIFS - MESURES INCITATIVES**6.6 MESSAGES EXPLICATIFS**

(annexe VII de l'Entente)

- 030** Le professionnel qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 031** La signature du responsable officiel de l'activité de ressourcement est absente sur l'attestation de présence, veuillez refacturer.
- 032** Le type d'activité de ressourcement reconnu n'est pas sélectionné, veuillez refacturer.
- 033** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander le montant forfaitaire pour le ressourcement.
- 071** Le remboursement de ces frais de mesures incitatives vous a été versé à la suite d'une demande antérieure.
- 074** La rémunération demandée n'est pas remboursable en vertu des mesures incitatives.
- 132** Les crédits de jours anticipés de ressourcement sont épuisés.
- 133** Les données relatives au ressourcement, soit le quantième ou le montant d'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 134** Les pièces justificatives reçues pour réclamer le remboursement des frais de ressourcement sont inacceptables. L'allocation forfaitaire et les frais de déplacement, s'il y a lieu, sont récupérés.
- # 140** Lors d'un déplacement par avion, seuls les billets au tarif de la classe économique sont payés, à moins d'une situation hors de l'ordinaire. L'achat de billets plus chers que ceux au tarif de la classe économique doit être justifié par le professionnel. En l'absence de justification, le montant réclamé est ajusté selon le calcul de la Régie.
- 141** L'attestation de présence à un séjour de perfectionnement ou de ressourcement ne précise pas la nature du cours suivi.
- 142** Le remboursement des frais de ressourcement est refusé, car aucun nom n'est inscrit sur l'attestation de présence pour le séjour de perfectionnement ou de ressourcement.
- 143** Les pièces justificatives ne sont pas conformes.
- # 147** Veuillez nous faire parvenir un reçu d'essence, de stationnement, de restaurant, etc. attestant votre présence à la destination mentionnée ou l'utilisation d'une voiture.
- 159** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser l'original du formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (n° 3336).
- 300** La date de début ou de fin de la période de ressourcement est non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La demande de remboursement pour l'activité de ressourcement n'est pas dûment signée.
- 302** Cette journée de ressourcement est refusée. Le quantième est absent, illisible ou invraisemblable.

- 303** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour le Programme de développement professionnel et de maintien des compétences est refusé, cette journée ayant déjà été payée.
- 304** Selon nos dossiers, l'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement a été réclamée alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 305** Le quantième permettant l'identification du jour de ressourcement n'est pas compris dans la période de ressourcement.
- 306** La date de début de la période de ressourcement est postérieure à la date de fin de cette période.
- 307** La période pour laquelle vous réclamez un remboursement pour le Programme de développement professionnel et de maintien des compétences est postérieure à la date de réception à la Régie.
- 308** La période de l'activité de ressourcement est absente.
- 309** Les données relatives à l'activité de ressourcement, soit le quantième, la durée ou le montant de l'allocation forfaitaire sont absentes ou incomplètes.
- 310** L'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement vous a déjà été payée.
- 311** La ou les pièces reçues pour l'activité de ressourcement sont inacceptables. Vous devez obligatoirement fournir l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- 312** L'attestation de présence au temps de ressourcement n'ayant pas été produite, nous procédons à la récupération du montant versé.
- 313** Les crédits de demi-journées anticipées ou de l'année de ressourcement sont épuisés.
- 314** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé, celle-ci ayant été facturée à une date antérieure à l'entrée en vigueur de l'annexe VII.
- 315** La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 317** L'attestation de présence au temps de ressourcement ne précise pas la nature du développement professionnel.
- 318** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé, car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence à cette activité.
- 319** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence à l'activité de ressourcement.
- 322** L'allocation forfaitaire pour laquelle vous demandez le paiement ne peut vous être payée lorsque vous bénéficiez déjà des activités de ressourcement prévues à l'annexe IV de l'Entente.
- 324** Nous n'avons pas reçu l'autorisation de présence à l'activité de ressourcement.
- 326** L'organisme qui donne l'activité d'apprentissage n'est pas considéré comme faisant partie du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.

- 327** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser le formulaire *Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences* (n° 4188).
- # **328** Selon nos dossiers, l'activité de ressourcement pour laquelle vous demandez le paiement a été réclamée alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 329** Les documents reçus ne correspondent pas aux données inscrites sur votre demande de remboursement pour les frais engagés dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- 335** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant prévu à l'Entente.
- # **337** La période de facturation ne peut excéder trente jours.
- 338** Le paiement de l'allocation forfaitaire pour l'activité de ressourcement est refusé ou a été modifié, car la durée de l'activité doit correspondre à une journée (ou à deux demi-journées) pour un minimum de 6 heures, ou à une demi-journée (0,5) pour un minimum de 3 heures.
- 339** L'attestation de présence à l'activité de ressourcement ne précise pas la durée de l'activité suivie.
- # **345** Les activités de ressourcement suivies en ligne ne sont pas remboursables dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # **346** Le montant relatif à l'activité de ressourcement est récupéré, car il a été réclamé alors que le territoire de pratique où vous exercez vous rendait inadmissible à l'*annexe 44 (Entente des médecins spécialistes)* ou à l'*annexe VII (Entente des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale)*.
- # **347** Selon nos dossiers, l'activité de ressourcement pour laquelle vous demandez paiement a été réclamée alors que vous étiez admissible au Programme de développement professionnel et de maintien des compétences.
- # **349** Le calcul des gains de pratique pour l'année visée montre que vous avez utilisé plus que le maximum de journées de ressourcement permis (*art. 3.1, annexe 44, Entente des médecins spécialistes*) ou (*art. 3.1, annexe VII, Entente des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale*). Le montant relatif à l'activité de ressourcement est donc récupéré.
- # **575** Selon votre entente, les frais de déplacement et le temps de déplacement ne sont pas permis.

7. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

(Annexe 1 de l'entente)

RÈGLES GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

1.2 Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut soumettre une demande de considération spéciale :

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

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

La Régie effectue le paiement du relevé d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dents permanentes

(supérieur droit)	(supérieur gauche)
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
<hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/>	<hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/>
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
(inférieur droit)	(inférieur gauche)

Dents primaires

(supérieur droit)	(supérieur gauche)
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
<hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/>	<hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/>
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
(inférieur droit)	(inférieur gauche)

Dent surnuméraire

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

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

1.7 L'inscription au dossier des éléments suivants est partie essentielle de la rémunération prévue à l'entente :

- a) les éléments pertinents de l'anamnèse;
- b) les données pertinentes résultant de l'observation;
- c) le cas échéant :
 - les clichés radiologiques
 - la prescription de médicaments
 - le procédé opératoire

Supplément par personne assurée

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

94400 Supplément par personne assurée 20,00

Sont fériés les jours suivants :

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

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

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

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

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

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

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

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

1.10 Supplément pour enfant de moins de six ans

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

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

1.11 Supplément pour l'asepsie

Lorsque des services assurés sont dispensés à une personne assurée en cabinet privé et sont facturés à la Régie, un supplément pour l'asepsie est payable par séance. Pour les prothèses dentaires, cette règle s'applique seulement une fois lors de la mise en bouche. Cette règle ne s'applique pas si au cours d'une séance le chirurgien buccal et maxillo-facial a recours à l'anesthésie générale.

+ **94541** Supplément pour l'asepsie 6,50

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

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

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

2. Les honoraires majorés sont établis comme suit :

- La majoration est de la moitié pour les soins donnés entre 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.

DIAGNOSTIC

2.1 L'observation faite lors de l'exécution du plan de traitement n'est pas réputée être un examen.

L'examen

2.2 L'examen est l'analyse de l'état buccal et maxillo-facial de la personne assurée par un chirurgien buccal et maxillo-facial, comprenant :

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

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

AVIS : *L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, 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. : paragraphe 2.2 de l'onglet Personnes assurées).*

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

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

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

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

L'examen et les services énumérés à l'article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, 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. : paragraphe 2.2 de l'onglet Personnes assurées).

Examen d'urgence

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

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

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

+ 01300 examen d'urgence. 27,00

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

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

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

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

Consultation

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

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

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

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

2.7 Abrogé.

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

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

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

Radiographie

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

RESTAURATION

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

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

- *Lorsqu'il y a reprise des actes d'obturation et de couronne à l'intérieur de la période prévue, la lettre « A » ou « N » doit être inscrite dans la case C.S. et la demande doit être accompagnée d'une note explicative justifiant la reprise de ces actes.*

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

3.1 La rémunération pour un acte de restauration comprend tout procédé nécessaire à son accomplissement, notamment le coût de tout matériau à l'exception de ceux spécifiquement mentionnés au tarif.

3.2 Lors d'un acte de restauration ou d'endodontie sur les dents centrales et latérales primaires d'une personne assurée âgée de 9 ans et plus et sur les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée de 12 ans et plus, le chirurgien buccal et maxillo-facial fournit une note explicative sur la demande de paiement.

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

Restauration sur dent antérieure

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

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

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

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

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

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

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

Restauration sur dent postérieure

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En amalgame

Molaire primaire

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

Prémolaire

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

Molaire permanente

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

En matériau esthétique

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

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

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

Tenon par restauration

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

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

Couronne préfabriquée

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

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

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

Matériau esthétique

+27421 sur antérieure primaire. 128,00

Métallique

+27401 antérieure primaire. 128,00

+27403 postérieure primaire. 128,00

+27411 antérieure permanente 128,00

+27413 postérieure permanente 145,00

Métallique fenêtrée

+27415 antérieure primaire. 180,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

3.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même chirurgien buccal et maxillo-facial qui a procédé à la confection et à la mise en place de ladite couronne ne s'applique que lorsqu'il s'est écoulé cent quatre-vingt (180) jours depuis la cimentation ou la recimentation de la couronne.

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

+29101 recimentation d'une couronne préfabriquée 64,75

ENDODONTIE

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

- Voir les règles 1.4.1 et 1.4.2.

Pansement sédatif

4.1 Le pansement sédatif consiste à la mise en place d'une obturation provisoire dans le cas d'une fracture dentaire ou pour soulager la douleur d'une dent symptomatique (incluant le coiffage de pulpe direct ou indirect). Le pansement sédatif ne peut être utilisé qu'une seule fois sur une même dent par période de 180 jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

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

+31111 pansement sédatif 56,75

Endodontie sur dent primaire

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

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

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

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

Endodontie sur dent permanente

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

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

33150 Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale 114,45

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

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

+ **33501** Un canal 294,00

+ **33502** Deux canaux 377,00

+ **33503** Trois canaux 455,00

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

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

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

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

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

+ **33001** Un canal 349,00

+ **33002** Deux canaux 498,00

+ **33003** Trois canaux 637,00

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

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

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

4.8 Traitement d'urgence

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

CHIRURGIE

5.1 Abrogé.

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

5.3 Abrogé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forfait pour chirurgie complexe

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

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

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

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

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

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

ABLATION DE DENT

AVIS : - Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de 10 ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

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

Ablation simple de dent

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

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

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

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

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

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

ABLATION DE RACINE

AVIS : - Ces services sont assurés pour un enfant âgé de moins de 10 ans et pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

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

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

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

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

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

Ablation complexe de racine dentaire

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

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

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

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

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

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

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

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

Incision ou drainage d'un abcès

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

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

Traitement des ostéites

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

Alvéolectomie et tubéroplastie

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

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

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

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

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

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

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

Alvéolectomie

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

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

Tubéroplastie (Unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)

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

Alvéoloplastie

5.18 La rémunération pour l'alvéoloplastie inclut la rémunération pour l'aplanissement de la crête alvéolaire (telles que pointes osseuses et irrégularités post-chirurgicales) et la correction des muqueuses.

Pour les fins de l'entente, l'alvéoloplastie consiste en l'aplanissement de la crête alvéolaire et la correction des muqueuses.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ablation de torus

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

Traitement des glandes salivaires

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

Fermeture de communication bucco-sinusale

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

79306	dans la même séance que l'acte chirurgical qui a entraîné l'ouverture (par accolement ou glissement des muqueuses)	100,20
--------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

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

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

Frénectomie

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

Gingivectomie

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

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

Gingivectomie

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

Operculectomie

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

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

Contrôle d'hémorragie

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

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

Réparation d'une lacération de tissu mou

intra-orale ou extra-orale

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

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

Orbite

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

	Plancher	
76520	par voie sinusale	503,70
76510	par voie externe	379,15
76530	avec plastie	562,80
	Paroi latérale, supérieure ou médiane	
76521	latérale	503,70
76522	médiane	503,70
76523	supérieure	562,80

Os alvéolaire

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

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

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

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

76920	Réduction de fracture fermée avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	110,30
76930	Réduction de fracture ouverte avec arche incluant la mise en place et l'ablation d'attelle attachée aux dents	221,75

+ 76939	Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme (incluant la mise en place et l'ablation d'attelle)	277,00
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

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

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

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

Plaque de reconstruction mandibulaire et attelle osseuse

5.27 Lorsque dans la même séance opératoire et au même maxillaire il y a mise en place de plaque de reconstruction ou d'attelle pour une réduction de fracture et immobilisation de dents ébranlées par traumatisme, la rémunération pour l'immobilisation des dents ébranlées par traumatisme est comprise dans celle de la réduction de fracture.

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

AVIS : Inscrire le modificateur 045 (50 %) dans la case MODIF pour la facturation en R1. Inscrire le modificateur 050 (50 %) dans la case MODIF pour la facturation en R4.

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

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

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

Fixation inter-maxillaire et attelle pré-prothétique

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

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

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

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

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

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

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

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

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

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

Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche, vous devez facturer selon les codes d'acte de la règle d'application 6.4.

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

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

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

A- CONFECTION

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

Complète

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

Partielle

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

B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

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

Complète

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

Partielle

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

C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION

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

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

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

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

D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE

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

AVIS : *L'ajout de structure se définit comme l'ajout de dent, de crochet ou d'appui. L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

9. MANUEL ET FORMULAIRES

9.1 MANUEL

9.1.1 MANUEL SUR INTERNET

- # Le manuel destiné aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale est mis à jour régulièrement et disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

9.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande du chirurgien buccal et maxillo-facial, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste.

- # Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le chirurgien buccal et maxillo-facial peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

9.2 FORMULAIRES

9.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

- # La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

9.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le chirurgien buccal et maxillo-facial utilisant les demandes de paiement à l'acte format papier (n° 1670), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

9.2.3 COMMANDE

- # Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (n° 1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.