



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 30
FÉVRIER 2015

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

PERSONNES ASSURÉES

- Modification d'ordre administratif

Page : [2](#)

PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

- Ajout du message explicatif 072

Page : [9](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Ajout de nouveaux actes

Pages : [19](#), [27](#), [31](#), [34](#), [39](#), [40](#)

- Suppression des codes d'acte 77730, 77710 et 77740
- Suppression de l'avis sous le code d'acte 77740

Page : [27](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre suivante : 256 / 2015-02-11

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :

: Modifications ou ajout de contenu administratif

+ : Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements

D : Modification du libellé de l'acte

T : Modification du tarif

S : Suppression de contenu administratif ou officiel

- **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 

	<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 (3336).....	2
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (3336).....	4
5.3 EXPÉDITION (<i>Formulaire 3336</i>).....	8
5.4 LISTE DES LOCALITÉS.....	9
5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (4188).....	13
5.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (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.....	36
# ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION.....	39
# LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS.....	41
# TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	42

	<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

2. PERSONNES ASSURÉES

2.0 AVANT-PROPOS

A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

Toutes les personnes assurées sont admissibles aux services assurés couverts par le programme de chirurgie buccale reçus dans un centre hospitalier ou dans un établissement universitaire déterminé par règlement.

B. SERVICES DENTAIRES

Toutes les personnes assurées dont l'âge est fixé par règlement et les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont admissibles au programme de services dentaires assurés reçus en cabinet privé, en établissement ou ailleurs.

2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES, DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT, AINSI QUE LES PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

2.1.1 Carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie valide.

2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Prénom usuel et le nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte
4. Date d'expiration de la carte
5. Date de naissance et le sexe de la personne assurée
6. Photographie/signature
7. Hologramme

2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Ces cartes sont émises dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour une raison d'ordre médical.

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.
- # 072** La date du déplacement réclamé est absente.
- 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* (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.

Ostéomyélite

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

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

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

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

5.13 La rémunération pour l'excision d'une tumeur, d'un kyste ou d'un granulome effectuée par l'alvéole d'une dent ou d'un fragment dentaire dont l'ablation a été effectuée dans la même séance est comprise dans la rémunération de l'ablation de dent ou de fragment dentaire.

74421	1 cm et moins	219,25
74422	plus de 1 cm à 2 cm	321,10
74423	plus de 2 cm à 3 cm	423,20
74424	plus de 3 cm à 4 cm	502,60
74425	plus de 4 cm à 6 cm	618,65
74426	plus de 6 cm à 9 cm	848,60
74427	plus de 9 cm	1 020,50
+ 74428	Marsupialisation d'un kyste intra-osseux et son suivi	178,50
+ 74429	Évacuation d'un hématome / sérome cervico-facial dans une séance subséquente à l'acte chirurgical (limité à 1 par séance dans le cas du suivi d'une reconstruction)	255,00

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

Biopsie

5.14 La rémunération pour une biopsie reliée à un acte chirurgical et effectuée dans la même séance que cet acte chirurgical est comprise dans la rémunération de cet acte.

	tissu osseux	
04311	par ponction	30,95
04312	par incision	112,50
	tissu mou	
04301	par ponction	22,15
04302	par incision	34,50
04330	biopsie cervicale par voie externe	110,60

Ablation de tumeur

tissu mou

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

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

tissu osseux

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

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

Mandibulectomie

partielle

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

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

réparation d'une lacération de part en part

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

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

Intervention sur le trijumeau

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

AVIS : Voir la règle d'application 5.15.

79211	Alcoolisation d'une branche du trijumeau	106,50
79212	Infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivie(s) d'un acte chirurgical au même site ou le long d'un même trajet dans la même séance)	53,40
79257	Anastomose d'un nerf périphérique sous microscope (incluant la neurolyse et au besoin la greffe nerveuse et le prélèvement du greffon)	770,30
79259	Suture nerveuse (neurorrhaphie).....	118,55
79402	Trachéotomie	218,15
79403	Intubation percutanée sous-mandibulaire	199,00

Fente palatine

S

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

S

Cheiloplastie (reconstruction de la lèvre)

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

Grefe osseuse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Réduction de fracture

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

Arcade zygomatique et/ou os malaire

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

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

Nez

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

Maxillaire

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

Le Fort II (demi ou complet)

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

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

Orbite

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

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

Os alvéolaire

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

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

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

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

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

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

Plaque de reconstruction mandibulaire et attelle osseuse

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

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

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

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

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

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

Fixation inter-maxillaire et attelle pré-prothétique

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

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

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

Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire

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

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

Ostéotomie

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

Mandibulaire

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

Maxillaire

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

Ostéotomie inter-dentaire :

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

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

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

Corticotomie

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

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

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

77452	repositionnement bilatéral	554,60
77453	diminution	416,10

PROTHÈSE ACRYLIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : Fournir les renseignements et documents appropriés (voir la règle d'application 1.2 et la section 3.2.3.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte).

Complète

51102	supérieure	C.S.
51112	inférieure	C.S.
51122	supérieure et inférieure	C.S.

Partielle

52242	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52252	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52262	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.

7.1 ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION

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

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

Les services dentaires assurés

(À compter du 15-05-92)

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

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

TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

JOUR FÉRIÉ	2013 / 2014	2014 / 2015	2015 / 2016
Journée nationale des Patriotes	20 mai 2013	19 mai 2014	18 mai 2015
Fête nationale du Québec	24 juin 2013	24 juin 2014	24 juin 2015
Fête du Canada	1 ^{er} juillet 2013	1 ^{er} juillet 2014	1 ^{er} juillet 2015
Fête du Travail	2 septembre 2013	1 ^{er} septembre 2014	7 septembre 2015
Action de Grâce	14 octobre 2013	13 octobre 2014	12 octobre 2015
Veille de Noël	24 décembre 2013	24 décembre 2014	24 décembre 2015
Fête de Noël	25 décembre 2013	25 décembre 2014	25 décembre 2015
Lendemain de Noël	26 décembre 2013	26 décembre 2014	26 décembre 2015
Veille du jour de l'An	31 décembre 2013	31 décembre 2014	31 décembre 2015
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2014	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2014	2 janvier 2015	2 janvier 2016
Vendredi Saint	18 avril 2014	3 avril 2015	25 mars 2016
Lundi de Pâques	21 avril 2014	6 avril 2015	28 mars 2016

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

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