



# MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 31  
MARS 2016

*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

### TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [4](#) et [5](#)

### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [18](#) à [20](#), [22](#), [25](#), [26](#), [32](#) et [34](#)

### PAIEMENT À L'ACTE

- Actualisation des calendriers de paiement

**Pages :** [9](#) et [10](#)

- Ajout des messages explicatifs 243 et 892

**Pages :** [13](#) et [23](#)

- Modification des messages explicatifs 652 et 657

**Page :** [21](#)

### MESURES INCITATIVES

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) à [9](#)

### PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

- Modification d'ordre administratif

**Page :** [5](#)

- Ajout des messages explicatifs 008 et 011

**Page :** [9](#)

## RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [4](#), [5](#), [37](#) et [42](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les info-lettres suivantes : 054 / 2015-06-11 et 145 / 2015-09-30

## 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**



ANNEXE X Concernant la non-atteinte accumulée au 31 mars 2010 de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1 <sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2010 .....	<b>37</b>
2. PERSONNES ASSURÉES.....	<b>1</b>
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE .....	<b>1</b>
3.0 AVANT-PROPOS.....	<b>1</b>
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire 1670</i> ).....	<b>2</b>
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE .....	<b>3</b>
3.2.1 Identité de la personne assurée.....	<b>3</b>
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admis- sibles aux services de chirurgie buccale.....	<b>3</b>
3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours .....	<b>4</b>
3.2.2 Identité des professionnels .....	<b>5</b>
3.2.2.1 Chirurgien buccal traitant .....	<b>5</b>
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation.....	<b>6</b>
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et case considération spéciale .....	<b>7</b>
3.2.3.1 Diagnostic principal .....	<b>7</b>
3.2.3.2 Renseignements complémentaires .....	<b>7</b>
3.2.3.3 Considération spéciale .....	<b>8</b>
3.2.4 Services .....	<b>9</b>
3.2.4.1 La date des services.....	<b>9</b>
3.2.4.2 Inscription des services .....	<b>9</b>
3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris).....	<b>11</b>
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable.....	<b>13</b>
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale .....	<b>14</b>
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ...	<b>16</b>
3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (lettre Q) .....	<b>17</b>
3.2.4.8 Document complémentaire ( <i>formulaire 1944</i> ) .....	<b>18</b>
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus .....	<b>19</b>
3.2.6 Facturation des soins d'urgence (honoraires majorés) .....	<b>20</b>
3.2.7 Facturation du forfait de l'urgence .....	<b>21</b>
3.2.8 Facturation des frais de déplacement .....	<b>22</b>
3.2.9 Signature du chirurgien buccal ou de son mandataire .....	<b>23</b>
3.3 EXPÉDITION.....	<b>23</b>
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire 2076</i> ).....	<b>24</b>

	<i>Page</i>
3.5 ANNEXES .....	<b>25</b>
ANNEXE I	
# Liste des rôles .....	<b>26</b>
ANNEXE II	
Liste des modificateurs .....	<b>26</b>
ANNEXE III	
Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification .....	<b>28</b>
ANNEXE IV	
Formulaire <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i> .....	<b>30</b>
ANNEXE V	
Numéro d'établissement .....	<b>32</b>
ANNEXE VI	
Dent surnuméraire .....	<b>33</b>
ANNEXE VII	
Liste des cliniques privées d'anesthésie générale .....	<b>34</b>
ANNEXE VIII	
Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques ( <i>règle 2.3</i> ) .....	<b>35</b>
4. PAIEMENT À L'ACTE .....	<b>1</b>
4.1 MODE DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE .....	<b>1</b>
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence .....	<b>1</b>
4.4 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
4.4.1 Description .....	<b>3</b>
4.4.1.1 Renseignements généraux ( <i>Parties 1 à 9 et sommaire</i> ) .....	<b>3</b>
4.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction ( <i>Parties 1a à 6a</i> ) .....	<b>5</b>
4.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée .....	<b>5</b>
4.4.2 Vérification des paiements .....	<b>5</b>
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	<b>5</b>
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>5</b>
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	<b>5</b>
4.5.3 Paiement refusé en partie .....	<b>5</b>
4.5.4 Paiement refusé en totalité .....	<b>6</b>
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 .....	<b>6</b>
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT .....	<b>7</b>

	<i>Page</i>
4.7 CODES DE TRANSACTIONS.....	<b>8</b>
#4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016).....	<b>9</b>
# CALENDRIER DE PAIEMENT (2017).....	<b>10</b>
4.9 MESSAGES EXPLICATIFS .....	<b>11</b>
5. MESURES INCITATIVES.....	<b>1</b>
5.0 AVANT-PROPOS.....	<b>1</b>
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (3336).....	<b>2</b>
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (3336).....	<b>4</b>
#5.3 EXPÉDITION ( <i>Formulaire 3336</i> ).....	<b>9</b>
#5.4 LISTE DES LOCALITÉS.....	<b>10</b>
#5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (4188).....	<b>14</b>
#5.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (4188).....	<b>16</b>
#5.7 EXPÉDITION .....	<b>18</b>
6. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES .....	<b>1</b>
6.1 MODE DE PAIEMENT.....	<b>1</b>
6.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
6.3 ÉTAT DE COMPTE.....	<b>2</b>
6.3.1 Description.....	<b>3</b>
6.3.1.1 Renseignements généraux.....	<b>3</b>
6.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction.....	<b>5</b>
6.3.2 Vérification des paiements.....	<b>5</b>
6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT .....	<b>6</b>
6.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	<b>6</b>
6.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement .....	<b>6</b>
6.4.3 Paiement refusé en partie.....	<b>6</b>
6.4.4 Paiement refusé en totalité.....	<b>6</b>
6.4.5 Modification d'une demande déjà payée .....	<b>6</b>
6.4.6 Annulation d'une demande de remboursement .....	<b>7</b>
6.5 CODES DE TRANSACTIONS.....	<b>8</b>
6.6 MESSAGES EXPLICATIFS .....	<b>9</b>
7. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF .....	<b>1</b>
RÈGLES GÉNÉRALES.....	<b>1</b>
DIAGNOSTIC.....	<b>7</b>
RESTAURATION.....	<b>9</b>
ENDODONTIE.....	<b>13</b>
CHIRURGIE.....	<b>15</b>
PROTHÈSE ACRYLIQUE.....	<b>36</b>
ONCOLOGIE ET RECONSTRUCTION.....	<b>39</b>
LES SERVICES DENTAIRE ASSURÉS.....	<b>41</b>
TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE.....	<b>42</b>

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

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<sup>re</sup> demande de paiement

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

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

2 280:89 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

2<sup>e</sup> demande de paiement

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

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

156:35 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

# 3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire 1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° DU PROFESSIONNEL 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**

▼ ▼

⑧

SPÉCIMEN

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE  
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 202 1504

- 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 à laquelle 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).

# Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour ce formulaire :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

**3.2.5 IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS**

The form is titled 'EXEMPLAIRE DU DENTISTE' and includes the following sections:

- Top Left:** Numéro d'assurance maladie (0000).
- Top Right:** Régie de l'assurance maladie Québec logo.
- Left Margin:** DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 0399.
- Form Fields:**
  - 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
  - ADRESSE, CODE POSTAL
  - ANT. (ANTÉCÉDENT), NOM DU DENTISTE, NUMÉRO, GROUPE
  - CONSULTATION DEMANDÉE PAR, SON NUMÉRO
  - DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
  - CARIE DENTAIRE (521.0), ÉTAT NORMAL (V90.9), ALTRÉ, C.S.
  - AUTORISATION (NUMÉRO, DATE ANNÉE, MOIS, JOUR)
  - DATE DES SERVICES (ANNÉE, MOIS, JOUR)
  - ACTE, SECT, SURGE, RÔLE, MODF, UNITÉ, HONORAIRES
  - JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS
  - SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE
  - TOTAL
- Bottom Left:** CODE (0,2,4,3,3) and ÉTABLISSEMENT (DATE D'ENTRÉE: 0,9,1,0,3,0; DATE DE SORTIE: 0,9,1,1,0,1).

Lorsque les services sont rendus dans un établissement, cette section doit comporter les renseignements suivants :

- dans la case *CODE*, inscrire le numéro de l'établissement (cinq chiffres). Ce numéro doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, **ne pas utiliser le numéro relatif à une clinique externe**;
- la date d'entrée (année, mois et jour) de la personne assurée, si elle est admise;
- la date de sortie (année, mois et jour) de la personne assurée, s'il y a lieu;

**Remarque :** Des numéros d'établissements spécifiques identifient les différents types d'établissements ou de secteurs à l'intérieur d'un même établissement. Pour déterminer le numéro à inscrire, voir l'annexe V du présent onglet.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le numéro de la clinique externe.

3.2.6 FACTURATION DES SOINS D'URGENCE (HONORAIRES MAJORÉS)

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

ACTE	SENT	SUPPL	TALE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7 6 5 0 4			1 0 1 9			334 00
7 6 9 3 0			1 0 8 4			147 82
						481 82
						TOTAL

SPÉCIMEN

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0399

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE  
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO  
SECURITAIRE DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION ANNEE MOIS

ADRESSE ANNEE MOIS JOUR SEXE

CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMERO GROUPE

CONSULTATION DEMANDEE PAR SON NUMERO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARIE DENTAIRE  521.0  
EST NORMAL  V90.9  
AUTRE ANNEE MOIS JOUR C.S.

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTREE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

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

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

**MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE**

- # (MODIF=018) : SOIR, du lundi au vendredi de 19 h à 24 h (majoration du 1/3)
- # (MODIF=017) : NUIT, de 0 h à 7 h (majoration de la 1/2)
- # (MODIF=019) : WEEK-END, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 7 h à 24 h (majoration du 1/3)

**Remarque :** Si un modificateur autre que 017, 018 ou 019 s'applique simultanément pour un même acte :

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

## 3.2.7 FACTURATION DU FORFAIT DE L'URGENCE

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM AUX NAISSANCES		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES ANNÉE   MOIS   JOUR	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		1   3   1   0   0   1	
ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE		CODE POSTAL		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ADRESSE		9   4   4   0   1		ACTE   DENT   SURFACE   RÔLE   MODIF.   UNITÉS   HONORAIRES	
INIT.   NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		1             100   45	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARE DENTAIRE		AUTORISATION NUMÉRO	
Appel du Dr. A. Untel 2 h 10		<input type="checkbox"/> S21.0			
		ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE ANNÉE   MOIS   JOUR	
		AUTRE		C.S.	
CODE		ÉTABLISSEMENT		LE CERTIFIÉ AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
0   x   x   x   x   3		DATE D'ENTRÉE ANNÉE   MOIS   JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE   MOIS   JOUR	
				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
				TOTAL 100   45	

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

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

3.2.8 FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 7903 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 3		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE 79 03 09 M		EXPIRATION ANNÉE MOIS		1 3 1 0 0 1	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODE POSTAL W 1 C 4 K 4		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		ACTE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE <input type="checkbox"/> S21.0		AUTORISATION NUMÉRO	
ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR		UNITÉS	
AUTRE		C.S.		HONORAIRES	
CODE 0 x x x x 3		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR	
				JE CENTRE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
				113:70	
				TOTAL	

SPÉCIMEN

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

1. Identifier l'une des personnes assurées ayant reçu des soins.
2. Identifier les services reçus.


# 3. Inscrire les unités correspondant au nombre de kilomètres parcourus dans un sens seulement, du code postal du lieu de départ jusqu'au code postal du centre hospitalier visité.

# **Remarque :** Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision.

Dans le cas où il s'agit d'un déplacement de 100 kilomètres et plus, inscrire 99 dans la case *UNITÉS* et le nombre de kilomètres réels parcourus dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Calculer ensuite les honoraires selon le déplacement réel tel que mentionné au point 3.

4. Calculer les honoraires: ceux-ci correspondent au nombre de kilomètres parcourus multiplié par 0,86 \$.
5. Dans la case *CODE* de la section *Établissement*, inscrire le numéro du centre hospitalier de soins de courte durée ayant fait appel au chirurgien buccal comme consultant.

### 3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (formulaire 2076) (suite)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE					
<b>Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste</b>					
<p>Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 19.3), le dentiste doit remplir un formulaire <i>Demande de remboursement à la personne assurée</i> lorsque celle-ci n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte était expirée. Il en est de même lorsque le bénéficiaire d'une prestation spéciale pour les services dentaires n'a pas présenté son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation était expiré.</p> <p><b>Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au dentiste, celui-ci doit :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Remplir et signer la partie du haut du formulaire</b> en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie qui sera inscrit par la personne assurée). Le dentiste doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (7 chiffres) de même que le diagnostic, lequel peut être inscrit en clair ou codé (voir l'onglet « Diagnostics » du manuel des dentistes).</li> <li>2. <b>Remettre à la personne assurée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'exemplaire de la Régie;</li> <li>• la copie de la personne assurée;</li> <li>• une enveloppe-réponse.</li> </ul> </li> <li>3. <b>Conserver la copie du dentiste</b> (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie). Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».</li> </ol> <p><b>Rappel</b> Le dentiste peut, dans les cas ci-dessous, présenter une demande de paiement à la Régie même si la personne assurée ne présente pas sa carte (art. 22 de la Loi sur l'assurance maladie) ou son carnet de réclamation. La personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• est âgée de moins d'un an;</li> <li>• requiert des soins urgents;</li> <li>• est hospitalisée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y avoir des soins prolongés;</li> <li>• rencontre des circonstances prévues au règlement.</li> </ul>					
<p><b>Vous pouvez communiquer avec la Régie :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>Par téléphone</b>            Québec : 418 646-4636            Montréal : 514 864-3411            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749  <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>Par ATS :</b>            Appareil de télécommunication pour personnes sourdes            Québec : 418 682-3939            Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>Par la poste :</b>            Régie de l'assurance maladie du Québec            Case postale 6600            Québec (Québec) G1K 7T3         </td> </tr> </table>			<b>Par téléphone</b> Québec : 418 646-4636 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749 <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a>	<b>Par ATS :</b> Appareil de télécommunication pour personnes sourdes Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939	<b>Par la poste :</b> Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3
<b>Par téléphone</b> Québec : 418 646-4636 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749 <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a>	<b>Par ATS :</b> Appareil de télécommunication pour personnes sourdes Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939	<b>Par la poste :</b> Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3			
Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b> 					

- faire payer à la personne les services rendus selon le tarif et les codes d'acte prévus au *Manuel des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale* publié par la Régie (onglet 5. *Règles d'application du tarif*);
- remplir la partie du haut selon les indications mentionnées au guide de rédaction du formulaire 2076.

### 3.5 ANNEXES

Annexe I = Liste des rôles

Annexe II = Liste des modificateurs

Annexe III = Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification

Annexe IV = Formulaire demande de prothèses dentaires acryliques

Annexe V = Numéro d'établissement

Annexe VI = Dent surnuméraire

# Annexe VII = Liste des cliniques privées d'anesthésie générale

# Annexe VIII = Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques

**ANNEXE I :  
LISTE DES RÔLES**

RÔLE 1 : Chirurgien buccal responsable de l'acte.

RÔLE 4 : Chirurgien buccal assistant.

**ANNEXE II :  
LISTE DES MODIFICATEURS**

Le modificateur approprié doit être inscrit en regard de l'acte auquel il s'applique.

<b>RÈGLE GÉNÉRALE</b>	<b>MODIF=</b>
RÈGLE D'APPLICATION 1.4	
Tous les actes de restauration et d'endodontie sont rémunérés à 66 2/3% du tarif établi . . . . .	<b>066</b>
RÈGLE D'APPLICATION 1.4.2	
Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à 54 % du tarif établi . . . . .	<b>054</b>
RÈGLE D'APPLICATION 2.0	
# Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 0 h et 7 h .	<b>017</b>
# Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 h et 24 h	<b>018</b>
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés . . . . .	<b>019</b>
<b>CHIRURGIE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 5.4	
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. Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux actes d'ablation simple de dent, d'ablation simple de racine dentaire, de prise de greffons osseux ou graisseux et de mise en place et ablation de fixation inter-maxillaire ou d'attelle pré-prothétique. . . . .	<b>050</b>
RÈGLE D'APPLICATION 5.6	
Si une nouvelle intervention n'est pas reliée à une première ou n'en résulte pas, la rémunération est fixée à 100 % . . . . .	<b>010</b>
Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 % . . . . .	<b>048</b>
RÈGLE D'APPLICATION 5.8	
Lorsqu'en raison de la nature de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le chirurgien buccal requiert l'assistance d'un autre chirurgien buccal ou d'un dentiste, la rémunération de ce dernier est fixée à 25 % du tarif établi pour l'acte le mieux rémunéré et à 12,5 % du tarif établi pour les autres actes. . . . .	<b>050</b>

**ANNEXE IV : (suite)**  
**VERSO DU FORMULAIRE****Conditions de paiement**

L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale est sujette aux conditions suivantes :

1. – L'achat, le regarnissage et le remplacement de prothèse dentaires nécessitent une présence de 24 mois consécutifs à l'aide;
  - le remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle par maxillaire est autorisé par période de huit ans, à compter du moment où elle est mise en bouche\*;
  - le coût du regarnissage n'est autorisé que s'il s'est écoulé au moins trois mois depuis l'obtention d'une prothèse dentaire et pas plus d'une fois tous les cinq ans\*.

**\* LE DÉLAI DE CINQ OU DE HUIT ANS EST CALCULÉ À PARTIR DU DERNIER SERVICE RENDU DE MÊME TYPE.**

**2. Tarifs des prothèses dentaires acryliques**

- **Les tarifs** sont ceux prévus à l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

**Notes** – Le dentiste ou le denturologiste ne doit pas exiger de supplément aux tarifs indiqués pour les services fournis.

- Ces tarifs comprennent trois visites de contrôle lorsqu'elles sont nécessaires.

3. Le dentiste ou le denturologiste doit s'assurer que le remplacement d'une prothèse résultant d'un bris irréparable est justifié.
4. Le denturologiste qui fournit une prothèse doit être signataire d'une entente individuelle avec la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les services dentaires fournis en vertu du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles.
5. La demande de paiement présentée à la Régie de l'assurance maladie du Québec doit être remplie conformément aux exigences de cette dernière.

**ANNEXE V :**  
**NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT**

I Le numéro d'établissement qui comprend généralement cinq chiffres, se compose comme suit :

- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement;
- Les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement;
- Le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement.

II Système de codification des établissements :

**A- ÉTABLISSEMENTS AU SENS DE LA « LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX »**

- |   |                |   |
|---|----------------|---|
| • Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés : | 0XXX0          | Unité de soins palliatifs, dépt. toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, hôpital de jour, moyen séjour, etc. |
|   | 0XXX1          | Clinique externe  |
|   | 0XXX2          | Unité de soins gériatriques   |
|   | 0XXX3          | Unité de soins généraux et spécialisés  |
|   | 0XXX4          | Unité de soins de longue durée  |
|   | 0XXX5          | Section hébergement   |
|   | 0XXX6          | Unité de soins coronariens ou de soins intensifs  |
|   | 0XXX7<br>0XXX8 | Clinique d'urgence<br>Département de psychiatrie  |
| • Centres d'hébergement et de soins de longue durée :     | 0XXX4          | CHSLD, section chronique  |
|   | 1XXX5          | Hébergement public  |
|   | 2XXX5          | Hébergement privé   |
| • Centres de réadaptation :                               | 1XXX3          | Centre de réadaptation physique   |
|   | 4XXX9          | Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation   |
| • Centres locaux de services communautaires :             | 9XXX2          | CLSC  |
|   | 8XXX5          | Point de service de certains CLSC   |

**B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS**

- |  |       |                                  |
|--|-------|----------------------------------|
| • Centres hospitaliers :   | 0XXX9 | Hors province                    |
| • Organismes fédéraux :  | 5XXX9 | Autres que prisons               |
| • Centres de détention :   | 7XXX0 | Prisons fédérales                |
|  | 7XXX6 | Centres de détention             |
| # • Centres intégrés ou universitaires de santé et de services sociaux : | 944X9 | CISSS, CIUSSS                    |
| • Cliniques privées :  | 51XX2 | Clinique médicale et/ou dentaire |



**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.

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

# ANNEXE VII :

## LISTE DES CLINIQUES PRIVÉES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

<b>Code d'établissement</b>	<b>Clinique</b>
<b>51332</b>	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal (Québec) H3P 2V9
<b>51302</b>	Clinique d'anesthésie de Montréal 6863, des Angevins Anjou (Québec) H1K 3R4
<b>51402</b>	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon Est, bureau 200 Saint-Léonard (Québec) H1S 1N1
<b>51412</b>	Soins dentaires sous anesthésie générale 2012, Chemin Tenth Line Orléans ON K4A 4X4

# 4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2016

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT  
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE  
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2016

**JANVIER** \*19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)					1	2
(3)	4	●	6	7	8	9
3	4	5	6	7	8	9
(4)	11	12	13	14	15	16
10	11	12	13	14	15	16
(5)	18	●	20	21	22	23
17	18	19	20	21	22	23
(6)	25	26	27	28	30	
24	25	26	27	28	29	30
31						

**FÉVRIER** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	32	●	34	35	36	37
1	2	3	4	5	6	
(8)	39	40	41	42	44	
7	8	9	10	11	12	13
(9)	46	●	48	49	50	51
14	15	16	17	18	19	20
(10)	53	54	55	56	58	
21	22	23	24	25	26	27
(11)	60					
28	29					

**MARS** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		●	62	63	64	65
1	2	3	4	5		
(12)	67	68	69	70	72	
6	7	8	9	10	11	12
(13)	74	●	76	77	78	79
13	14	15	16	17	18	19
(14)	81	82	83	84	86	
20	21	22	23	24	25	26
(15)	88	●	90	91		
27	28	29	30	31		

**AVRIL** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)					92	93
				1	2	
(16)	95	96	97	98	100	
3	4	5	6	7	8	9
(17)	102	●	104	105	106	107
10	11	12	13	14	15	16
(18)	109	110	111	112	114	
17	18	19	20	21	22	23
(19)	116	●	118	119	120	121
24	25	26	27	28	29	30

**MAI** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20)	123	124	125	126	128	
1	2	3	4	5	6	7
(21)	130	●	132	133	134	135
8	9	10	11	12	13	14
(22)	137	138	139	140	142	
15	16	17	18	19	20	21
(23)	144	●	146	147	148	149
22	23	24	25	26	27	28
(24)	151	152				
29	30	31				

**JUIN** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)			153	154	156	
			1	2	3	4
(25)	158	●	160	161	162	163
5	6	7	8	9	10	11
(26)	165	166	167	168	170	
12	13	14	15	16	17	18
(27)	172	●	174	175	176	177
19	20	21	22	23	24	25
(28)	179	180	181	182		
26	27	28	29	30		

**JUILLET** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)					184	
				1	2	
(29)	186	●	188	189	190	191
3	4	5	6	7	8	9
(30)	193	194	195	196	198	
10	11	12	13	14	15	16
(31)	200	●	202	203	204	205
17	18	19	20	21	22	23
(32)	207	208	209	210	212	
24	25	26	27	28	29	30

**AOÛT** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214	●	216	217	218	219
1	2	3	4	5	6	
(34)	221	222	223	224	226	
7	8	9	10	11	12	13
(35)	228	●	230	231	232	233
14	15	16	17	18	19	20
(36)	235	236	237	238	240	
21	22	23	24	25	26	27
(37)	242	●	244			
28	29	30	31			

**SEPTEMBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)				245	246	247
				1	2	3
(38)	249	250	251	252	254	
4	5	6	7	8	9	10
(39)	256	●	258	259	260	261
11	12	13	14	15	16	17
(40)	263	264	265	266	268	
18	19	20	21	22	23	24
(41)	270	●	272	273	274	
25	26	27	28	29	30	

**OCTOBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)					275	
				1	2	
(42)	277	278	279	280	282	
2	3	4	5	6	7	8
(43)	284	●	286	287	288	289
9	10	11	12	13	14	15
(44)	291	292	293	294	296	
16	17	18	19	20	21	22
(45)	298	●	300	301	302	303
23	24					
30	31	25	26	27	28	29

**NOVEMBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)					310	
				1	2	3
(47)	312	●	314	315	316	317
6	7	8	9	10	11	12
(48)	319	320	321	322	324	
13	14	15	16	17	18	19
(49)	326	●	328	329	330	331
20	21	22	23	24	25	26
(50)	333	334	335			
27	28	29	30			

**DÉCEMBRE** \*18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)					338	
				1	2	3
(51)	340	●	342	343	344	345
4	5	6	7	8	9	10
(52)	347	348	349	350	352	
11	12	13	14	15	16	17
(53)	354	●	356	357	358	359
18	19	20	21	22	23	24
(54)	361	362	363	364	366	
25	26	27	28	29	30	31

7056\_202\_16.09

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT 2017

Régie de l'assurance maladie  
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT  
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE  
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2017

**JANVIER** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)	2	●	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
(3)	16	●	18	19	20	21
15	16	17	18	19	20	21
(4)	23	24	25	26	27	28
(5)	30	●				
29	30	31				

**FÉVRIER** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)				1	2	3
(6)	37	38	39	40	41	42
5	6	7	8	9	10	11
(7)	44	●	46	47	48	49
12	13	14	15	16	17	18
(8)	51	52	53	54	55	56
(9)	28	●				
26	27	28				

**MARS** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)	65	66	67	68	69	70
5	6	7	8	9	10	11
(11)	72	●	74	75	76	77
12	13	14	15	16	17	18
(12)	79	80	81	82	83	84
(13)	30	●	32	33	34	35
26	27	28	29	30	31	

**AVRIL** \*18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						1
(14)	83	84	85	86	87	88
2	3	4	5	6	7	8
(15)	90	●	92	93	94	95
9	10	11	12	13	14	15
(16)	107	108	109	110	111	112
(17)	114	●	116	117	118	119
23	24	25	26	27	28	29

**MAI** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	121	122	123	124	125	126
1	2	3	4	5	6	
(19)	128	●	130	131	132	133
7	8	9	10	11	12	13
(20)	135	136	137	138	139	140
14	15	16	17	18	19	20
(21)	142	●	144	145	146	147
21	22	23	24	25	26	27
(22)	148	150	151			
28	29	30	31			

**JUIN** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				1	2	3
(23)	156	●	158	159	160	161
4	5	6	7	8	9	10
(24)	163	164	165	166	167	168
11	12	13	14	15	16	17
(25)	170	●	172	173	174	175
18	19	20	21	22	23	24
(26)	177	178	179	180		
25	26	27	28	29	30	

**JUILLET** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(25)						1
(27)	184	●	186	187	188	189
2	3	4	5	6	7	8
(28)	191	192	193	194	195	196
9	10	11	12	13	14	15
(29)	198	●	200	201	202	203
16	17	18	19	20	21	22
(30)	205	206	207	208	209	210
23	24	25	26	27	28	29
(31)	30	31				

**AOÛT** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		●	214	215	216	217
(32)	219	220	221	222	223	224
6	7	8	9	10	11	12
(33)	226	●	228	229	230	231
13	14	15	16	17	18	19
(34)	233	234	235	236	237	238
20	21	22	23	24	25	26
(35)	240	●	242	243		
27	28	29	30	31		

**SEPTEMBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						1
(36)	247	248	249	250	251	252
3	4	5	6	7	8	9
(37)	254	●	256	257	258	259
10	11	12	13	14	15	16
(38)	261	262	263	264	265	266
17	18	19	20	21	22	23
(39)	268	●	270	271	272	273
24	25	26	27	28	29	30

**OCTOBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	276	277	278	279	280
(41)	282	●	284	285	286	287
8	9	10	11	12	13	14
(42)	289	290	291	292	293	294
(43)	296	●	298	299	300	301
22	23	24	25	26	27	28
(44)	303	304				
29	30	31				

**NOVEMBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				1	2	3
(45)	310	●	312	313	314	315
5	6	7	8	9	10	11
(46)	317	318	319	320	321	322
12	13	14	15	16	17	18
(47)	324	●	326	327	328	329
19	20	21	22	23	24	25
(48)	331	332	333	334		
26	27	28	29	30		

**DÉCEMBRE** \*17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						1
(49)	338	●	340	341	342	343
3	4	5	6	7	8	9
(50)	345	346	347	348	349	350
10	11	12	13	14	15	16
(51)	352	●	354	355	356	357
17	18	19	20	21	22	23
(52)	359	360	361	362	363	364
24	25	26	27	28	29	30

7085 282 15:09

( ) - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

- 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être utilisés lorsqu'un service a été rendu pour les deux maxillaires à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car l'information apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou «sur le formulaire d'autorisation» est incompatible avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-participant, les services rendus au Québec pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence (voir article 36 de la *Loi sur l'assurance maladie*, article 27 du Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie*).
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 207** Pour recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance et des publications aux professionnels peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- # 243** La qualité d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 250** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas identifié sur la demande de paiement. Voir la section 3.2.2.2 : sous l'onglet «Rémunération à l'acte».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ne figure pas à nos fichiers. Voir la section 3.2.2.2 : Professionnel ayant demandé la consultation, sous l'onglet «Rémunération à l'acte».
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation est inéligible à la date de l'acte.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.

- 309** Date des services absente, illisible, incomplète, impossible ou il y a plus d'une date.
- 311** Date de naissance de la personne assurée postérieure à la date des services rendus.
- 312** Date des services rendus postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Délai de facturation expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter les renseignements suivants :
- La lettre «**B**» doit être inscrite dans la case C.S.
  - Le numéro d'identification de la demande de paiement initiale refusée ainsi que la date de l'état de compte sur lequel elle figurait doivent être inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Voir la section 4.5.4a) sous l'onglet « Paiement à l'acte - Messages explicatifs ».
- 317** Les soins postopératoires doivent être facturés sous le même code d'acte que celui utilisé par le chirurgien principal avec le modificateur 014. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu (réf. : Règle d'application 5.2).
- 320** Date des services impossible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** Date des services absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés sur cette demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 323** Paiement refusé en raison du non respect du délai entre la date de l'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et la date des services.
- 324** Date d'autorisation absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Délai de refacturation expiré selon l'entente.
- 326** Délai de révision expiré selon l'entente.
- 333** Les honoraires de l'acte sont non payables. Vous devez vous conformer à l'avis relié au code d'acte facturé.
- 349** Vous ne pouvez réclamer d'autre service avec le code d'acte indiqué en référence (réf. : Règle d'application 2.0, article 3).
- 355** En fonction du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé, une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.

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

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



- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- 801** Le supplément de garde facturé peut seulement être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement désigné par les parties à l'annexe V.
- 802** Le code d'établissement est absent, inexistant ou fermé à la date de l'acte.
- 804** Le code d'établissement diffère de celui requis pour l'acte.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé «OXXX8» n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 834** Code d'acte incompatible avec le code de l'établissement (réf. : Règle d'application 2.0 ou 2.01).
- 880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- # **892** Service modifié ou révisé à la suite d'une évaluation dentaire par la Régie et selon les renseignements fournis. Aucune refacturation n'est acceptée pour ce service. Seule une demande de révision peut être présentée accompagnée des renseignements complémentaires qui justifient votre facturation.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- 908** Il y a recouvrement du pré-paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 920** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.

- 935 Le coût de ces services relève de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- 936 Ce service n'est pas assuré en vertu du Règlement sur la sécurité du revenu.
- 939 En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une expertise professionnelle.
- 940 Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné. (voir la section relative à l'identité du professionnel, sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 941 Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres. (voir la section relative à l'établissement, sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 942 La date des services est absente, incomplète ou erronée. (voir la section : Avant-propos, sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 944 Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 945 Un maximum de huit codes d'acte peut être inscrit sur la demande de paiement. (voir section 3.2.4.2 sous l'onglet «Rémunération à l'acte»). Veuillez vérifier et soumettre deux nouvelles demandes de paiement, s'il y a lieu.
- 946 Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951 Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- 952 Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Profils médicaux.
- 959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960 Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce qu'elle doit fournir les renseignements manquants.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature de l'acte, **la règle d'application**, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**, le code d'acte est non payable s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.

## 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* (3336) à la section *Formulaires* de son site Web.

Le formulaire peut être rempli à l'écran puis imprimé.

Si vous désirez l'imprimer puis le remplir de façon manuscrite, il vous est demandé de le faire en lettres détachées.

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

Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

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.

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

# 5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (3336)  
(annexe IV)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <b>1</b>		<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>								
<b>PROFESSIONNEL</b>		NOM <b>2</b>		PRÉNOM						
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT						
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ		ANNÉE MOIS JOUR						
<b>RESSOURCÈMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>										
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME	<b>3</b>							ANNÉE	MOIS	JOUR
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RECLAMÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>										
PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR <b>4</b>		AU		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT RECLAMÉ		
						<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>										
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ						
ANNÉE MOIS JOUR <b>5</b>		LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ		MONTANT RECLAMÉ				
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR		AU		ANNÉE MOIS JOUR		
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE		ANNÉE MOIS JOUR		MONTANT DE L'ESTIME(1)		MONTANT DE L'ESTIME(2)		
<b>SORTIE</b>										
PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR <b>6</b>		AU		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE		
								Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.		
<b>DÉPLACEMENT</b>										
TYPE DE MESURE	DATE		MOYEN DE TRANSPORT		NOMBRE DE KM (AUTO)		LOCALITÉ DE DÉPART		LOCALITÉ D'ARRIVÉE	
	ANNÉE	MOIS	JOUR							
	<b>7</b>									
1- Ressourcement ou perfectionnement		1- Auto 2- Avion								
2- Sortie 3- Déménagement		3- Taxi 4- Autres								TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>										
<b>8</b>										

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

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

SIGNATURE

**9**

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie  
**Québec**

3336 292 1504

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

- # Le formulaire est divisé en neuf parties :
1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres
  2. Professionnel
  3. Ressourcement et perfectionnement
  4. Prime d'éloignement (non applicable)
  5. Déménagement (non applicable)
  6. Sortie (non applicable)
  7. Déplacement
  8. Renseignements complémentaires
  9. Signature du professionnel

**Remarque :** Les quatre chiffres que vous inscrivez comme numéro de contrôle externe dans la partie 1 servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

# 5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
(Parties 1 à 6)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 0		<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES</b>							
<b>PROFESSIONNEL</b> NOM UNTEL PRÉNOM Marie N° DU PROFESSIONNEL 2234567									
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre de santé de l'Hématite		N° DE L'ÉTABLISSEMENT 91292		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNEE MOIS JOUR 2 0 1 2   0 5   0 1					
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITE Fermont		CODE DE LOCALITE 69761							
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PERIODE DU ANNEE MOIS JOUR 2 0 1 2   0 3   1 7	
QUANTIEME	17	18	19	20	21			AU 2 0 1 2   0 3   2 1	
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	1	1				
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)	217	217	217	217	217			TOTAL RECLAME POUR ALLOCATIONS FORFAITAIRES 1 085   00	
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>									
PERIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU ANNEE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RECLAME			
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>									
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNEE MOIS JOUR		LOCALITE DE DÉPART		CODE DE LOCALITE					
		LOCALITE D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITE		MONTANT RECLAME			
		FRAIS D'ENTREPOSAGE		PERIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU ANNEE MOIS JOUR		MONTANT RECLAME			
		DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE ANNEE MOIS JOUR		MONTANT DE L'ESTIME(1)		MONTANT DE L'ESTIME(2)	
<b>SORTIE</b>									
PERIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU ANNEE MOIS JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.					
<b>DÉPLACEMENT</b>									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITE DE DÉPART	LOCALITE D'ARRIVÉE	MONTANT RECLAME	
	ANNEE	MOIS	JOUR						
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie 3- Déménagement		1- Auto 2- Avion 3- Taxi 4- Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT					
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>									
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>									
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE		DATE ANNEE MOIS JOUR		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	

Joindre toutes les pièces justificatives originales.

3336 292 15/04

**TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**

**# PARTIE 1****Numéro de contrôle externe**

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de quatre chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

**# PARTIE 2****Professionnel** (à remplir obligatoirement)

L'identité du chirurgien buccal et maxillo-facial qui demande le remboursement de mesures incitatives comporte les éléments suivants :

- NOM : nom de famille
- PRÉNOM : prénom usuel
- NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro d'inscription à la Régie à sept chiffres
- ENDROIT DE PRATIQUE : le nom de l'établissement et le numéro d'établissement ou le nom de la localité et le code de localité selon la liste fournie par la Régie
- DATE : date de début de pratique à cet endroit

**# PARTIE 3****Ressourcement et perfectionnement**

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement.

**- Quantième :**

Date représentée par un nombre à deux chiffres de 01 à 31.

**- Période :**

Dates du début et de la fin de la période couverte par le séjour.

**- Rémunération :**

Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le professionnel reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.

**- Allocation forfaitaire :**

Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'entente.

**- Montant réclamé :**

Somme des montants demandés à titre d'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de sept jours, utiliser un second formulaire et inscrire la référence à la demande de remboursement qui contenait les pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la partie 7.

**# PARTIE 4**

Non applicable à votre profession.

**# PARTIE 5**

Non applicable à votre profession.

**# PARTIE 6**

Non applicable à votre profession.



# 5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT - suite  
(Parties 7 à 9)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES													
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____													
<b>PROFESSIONNEL</b>													
NOM		N° DU PROFESSIONNEL											
PRÉNOM													
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT											
ENDROIT DE PRATIQUE <b>OU</b> LOCALITÉ		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT											
CODE DE LOCALITÉ		ANNÉE MOIS JOUR											
<b>RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT</b>													
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU					
QUANTIÈME								ANNÉE	MOIS JOUR				
REMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								AU					
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant réclamé par jour)								TOTAL RÉCLAME POUR ALLOCATION FORFAITAIRE					
<b>PRIME D'ÉLOIGNEMENT</b>													
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT RÉCLAME				
DU							AU						
<b>DÉMÉNAGEMENT</b>													
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ										
ANNÉE	MOIS	JOUR											
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ						MONTANT RÉCLAME				
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT RÉCLAME				
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant réclamé)		DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT DE L'ESTIME(1)	MONTANT DE L'ESTIME(2)						
<b>SORTIE</b>													
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrire, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.				
DU							AU						
<b>DÉPLACEMENT</b>													
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT RÉCLAMÉ					
	ANNÉE	MOIS	JOUR										
1	2	0	1	4	0	3	1	7	1	1221	Fermont	Montréal	1 050,06
1- Auto    2- Avion    3- Taxi    4- Autres													
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie    3- Déménagement													
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT    1 050,06													
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>													
Joindre toutes les pièces justificatives originales.													
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>													
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.			SIGNATURE	DATE ANNÉE MOIS JOUR		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>							
			<i>Marie Urtel</i>										
3336 292 1504    TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.													

## # PARTIE 7

**Déplacement**

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement.

**- Type de mesure :**

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative « ressourcement » à laquelle les frais de déplacement se rattachent.

**- Date :**

Date du déplacement (année/mois/jour)

**- Moyen de transport :**

Moyen de transport utilisé :

1 = auto

2 = avion

3 = taxi

4 = autres

**- Nombre de km (auto) :**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

**- Localité de départ/Localité d'arrivée****- Montant réclamé****- Total des frais de déplacement**

## # PARTIE 8

**Renseignements complémentaires**

- Inscrire dans cette partie, tous les renseignements utiles pour le règlement de la demande de remboursement ainsi que les renseignements relatifs aux dépendants qui ont effectué la sortie, le cas échéant.

## # PARTIE 9

**Signature du professionnel** (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **signée à la main** et datée par le professionnel dont le nom figure à la **partie 2** ou par son mandataire.

**Remarque :** La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original des pièces justificatives (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

**# 5.3 EXPÉDITION**  
(formulaire 3336)

- Transmettre une copie du formulaire portant une signature à la Régie dans une enveloppe 22,9 cm x 30,5 cm (9 po x 12 po) à l'adresse suivante :

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

- Conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

## 5.4 LISTE DES LOCALITÉS

**Pour l'application de l'annexe IV de l'entente - Ressourcement dans les territoires désignés**

<b>Localités</b>	<b>Codes</b>	
Aguanish . . . . .	69704	Collines-du-Basque
Akulivik . . . . .	69870	(Côte-de-Gaspé) . . . . .
Amos . . . . .	68430	Degelis . . . . .
Amqui . . . . .	60514	Duhamel-Ouest (Témiscamingue) . . . . .
Angliers . . . . .	68324	Duparquet . . . . .
Auclair . . . . .	60906	Dupuy . . . . .
Aupaluk (Baie d'Ungava) . . . . .	69864	Eastmain . . . . .
Authier . . . . .	68448	Escuminac . . . . .
Authier-Nord . . . . .	68473	Esprit-Saint . . . . .
Baie-Comeau . . . . .	69733	Ferme-Neuve . . . . .
Baie-d'Hudson . . . . .	69897	Fermont . . . . .
Baie-des-Chaloupes (Antoine-Labelle) . . . . .	66192	Forestville . . . . .
Baie-des-Sables . . . . .	60628	Fort Rupert (Waskagheganish) . . . . .
Baie-James (sauf Joutel) . . . . .	69802	Franquelin (Manicouagan) . . . . .
Baie-Johan-Beetz . . . . .	69703	Fugèreville . . . . .
Baie-Trinité . . . . .	69721	Gallichan . . . . .
Barraute . . . . .	68418	Gaspé . . . . .
Bearn . . . . .	68306	Godbout . . . . .
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces Val-Barrette . . . . .	67634	Grand-Lac-Victoria (Vallée-de-l'Or) . . . . .
Belcourt . . . . .	68411	Grand-Métis . . . . .
Belleterre . . . . .	68308	Grande-Rivière . . . . .
Bery . . . . .	68477	Grande-Vallée . . . . .
Bliencourt . . . . .	60702	Grosses-Roches . . . . .
Blanc-Sablon . . . . .	69753	Guérin . . . . .
Bonaventure . . . . .	60419	Havre-St-Pierre . . . . .
Bonne-Espérance . . . . .	69755	Hope . . . . .
Cacouna (Réserve indienne) . . . . .	60881	Hope Town . . . . .
Caniapiscau . . . . .	69893	Hunters Point . . . . .
Cap-Chat . . . . .	60317	Inukjuak (Baie-d'Hudson) . . . . .
Caplan . . . . .	60422	Ivujivik . . . . .
Carleton-Sur-Mer . . . . .	60435	Kamouraska . . . . .
Cascades-Malignes (Vallée-de- la-Gatineau) . . . . .	67892	Kangiqsualujuaq (Baie-d'Ungava) . . . . .
Cascapédia . . . . .	60428	Kangiqsujuaq (Baie-d'Ungava) . . . . .
Causapsal . . . . .	60506	Kangirsuk (Baie-d'Ungava) . . . . .
Champneuf . . . . .	68412	Kawawachikamach . . . . .
Chandler . . . . .	60209	Kebaowek (Réserve indienne) . . . . .
Chapais . . . . .	69806	Kiamika . . . . .
Chazel (Abitibi-Ouest) . . . . .	68459	Kipawa . . . . .
Chibougamau . . . . .	69804	Kuujuuaq (Baie-d'Ungava) . . . . .
Chisasibi . . . . .	69842	Kuujuarapik (Baie-d'Hudson) . . . . .
Chute-aux-Outardes . . . . .	69726	L'Ascension (Antoine-Labelle) . . . . .
Chute-Saint-Philippe . . . . .	67642	L'Ascension-de-Patapédia (Avignon) . . . . .
Clermont (Abitibi-Ouest) . . . . .	68472	L'Île-d'Anticosti . . . . .
Clerval . . . . .	68458	L'Isle-Verte . . . . .
Cloridorme . . . . .	60248	La Corne . . . . .
Colombier . . . . .	69728	La Martre . . . . .
Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent . . . . .	69751	La Morandière . . . . .
Coulée-des-Adolphe (Denis-Riverin) . . . . .	60699	La Motte . . . . .
		La Pocatière . . . . .
		La Rédemption . . . . .
		La Reine . . . . .
		La Romaine (Réserve indienne) . . . . .
		La Sarre . . . . .

La Trinité-des-Monts . . . . .	60713	Les Bergeronnes . . . . .	69741
Labrecque . . . . .	69459	Les Escoumins . . . . .	69738
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle) . . . . .	64397	Les Îles-de-la-Madeleine . . . . .	60103
Lac-à-la-Croix (La Mitis) . . . . .	60593	Les Méchins . . . . .	60603
Lac-Alfred (La Matapédia) . . . . .	60594	Listuguj (Restigouche) . . . . .	60482
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord) . . . . .	69797	Longue-Pointe . . . . .	69705
Lac-au-Saumon . . . . .	60512	Lorrainville . . . . .	68316
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle) . . . . .	64797	Macamic . . . . .	68451
Lac-Boisbouscache (Les Basques) . . . . .	60798	Malartic . . . . .	68405
Lac-Casault (La Matapédia) . . . . .	60591	Maliotenam (Réserve indienne) . . . . .	69786
Lac-Chicobi (Abitibi) . . . . .	68488	Maria . . . . .	60429
Lac-de-la-Bidière (Berthier) . . . . .	64993	Marsoui . . . . .	60311
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine Labelle) . . . . .	65892	Matagami et Joutel . . . . .	69811
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle) . . . . .	64795	Matane . . . . .	60608
Lac-des-Aigles . . . . .	60714	Matapédia . . . . .	60448
Lac-des-Cinq (Centre-de- la-Mauricie) . . . . .	63299	Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or) . . . . .	68492
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis) . . . . .	60793	Matimekosh - Lac-John (Réserve indienne) . . . . .	69882
Lac-Despinassy (Abitibi) . . . . .	68495	Métis-sur-Mer . . . . .	60629
Lac-Douaire (Montcalm) . . . . .	66196	Mingan (Réserve indienne) . . . . .	69784
Lac-du-Cerf . . . . .	67611	Mistissini . . . . .	69825
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest) . . . . .	68499	Moffet . . . . .	68321
Lac-Ernest (Antoine-Labelle) . . . . .	67693	Mont-Albert (Denis-Riverin) . . . . .	60399
Lac-Granet (Témiscamingue) . . . . .	68390	Mont-Alexandre (Pabok) . . . . .	60298
Lac-Huron (Rimouski-Neigette) . . . . .	60795	Mont-Carmel . . . . .	61006
Lac-Jérôme (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent) . . . . .	69793	Mont-Joli . . . . .	60721
Lac-Juillet (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69891	Mont-Laurier . . . . .	67640
Lac-Masketsi (Mékinac) . . . . .	63292	Mont-Lebel . . . . .	60728
Lac-Matapédia . . . . .	60597	Mont-Saint-Michel . . . . .	67649
Lac-Nigaut (Pontiac) . . . . .	68091	Mont-Saint-Pierre . . . . .	60306
Lac-Nominingue . . . . .	67620	Murdochville . . . . .	60301
Lac-Normand (Mékinac) . . . . .	63298	Natashquan . . . . .	69702
Lac-Oscar (Antoine-Labelle) . . . . .	65893	Nédelec . . . . .	68329
Lac-Pythonga (La Vallée-de- la-Gatineau) . . . . .	68090	Némiscau (Nemaska) . . . . .	69830
Lac-Saguay . . . . .	67631	New Carlisle . . . . .	60418
Lac-Saint-Paul . . . . .	67648	New Richmond . . . . .	60426
Lac-Simon (Réserve indienne) . . . . .	68481	Normétal . . . . .	68474
Lac-Vacher (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69892	Notre-Dame-de-Pontmain . . . . .	67612
Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle) . . . . .	64398	Notre-Dame-des-Neiges-des- Trois-Pistoles . . . . .	60819
Lac-Walker (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69795	Notre-Dame-des-Sept-Douleurs . . . . .	60838
Laforce . . . . .	68312	Notre-Dame-du-Laus . . . . .	67602
Landrienne . . . . .	68419	Notre-Dame-du-Nord . . . . .	68326
Laniel et les Lacs du- Témiscamingue . . . . .	68393	Notre-Dame-du-Portage . . . . .	60836
Latulipe-et-Gaboury . . . . .	68309	Nouvelle . . . . .	60438
Launay . . . . .	68434	Obedjiwan (Le Haut- Saint-Maurice) . . . . .	68491
Laverlochère . . . . .	68318	Obedjiwan (Réserve indienne) . . . . .	68482
Le Bic . . . . .	60750	Packington . . . . .	60902
Lebel-sur-Quévillon . . . . .	69809	Padoue . . . . .	60541
Lejeune (Témiscouata) . . . . .	60931	Pakuashipi (Réserve indienne) . . . . .	69780
		Palmarolle . . . . .	68454
		Parent . . . . .	63272
		Paspébiac . . . . .	60412
		Pessamit (Réserve indienne) . . . . .	69788
		Percé . . . . .	60220
		Petite-Vallée . . . . .	60249
		Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska) . . . . .	61094
		Petit-Matane . . . . .	60619

Petit-Mécatina (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent) . . . . .	69791	Saint-Adelme. . . . .	60606
Picard (Kamouraska) . . . . .	61092	Saint-Alexandre (Kamouraska) . . . . .	61011
Pikogan (Réserve indienne) . . . . .	68484	Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia) . . . . .	60510
Pohénégamook . . . . .	61003	Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon) . . . . .	60449
Pointe-à-la-Croix . . . . .	60443	Saint-Alphonse (Bonaventure) . . . . .	60424
Pointe-au-Père. . . . .	60736	Saint-Anaclet-de-Lessard . . . . .	60724
Pointe-aux-Outardes . . . . .	69725	Saint-André (Kamouraska) . . . . .	61024
Pointe-Label . . . . .	69723	Saint-André-de-Restigouche . . . . .	60446
Port-Cartier . . . . .	69717	Saint-Antonin. . . . .	60818
Port-Daniel-Gascons . . . . .	60401	Saint-Arsène . . . . .	60828
Portneuf-sur-Mer . . . . .	69732	Saint-Athanase (Témiscouata) . . . . .	61002
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo) . . . . .	69845	Saint-Bruno-de-Guigues . . . . .	68319
Pouliaric . . . . .	68439	Saint-Bruno-de-Kamouraska . . . . .	61004
Preissac. . . . .	68427	Saint-Charles-Garnier . . . . .	60703
Price . . . . .	60636	Saint-Clément . . . . .	60808
Puvirnituk (Baie-d'Hudson) . . . . .	69895	Saint-Cléophas (La Matapédia) . . . . .	60528
Quaqtaq (Baie-d'Ungava) . . . . .	69868	Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup) . . . . .	60802
Ragueneau . . . . .	69724	Saint-Damase (Matapédia) . . . . .	60539
Rapide-Danseur . . . . .	68447	Saint-Denis (Kamouraska) . . . . .	61032
Rémigny . . . . .	68330	Saint-Dominique-du-Rosaire. . . . .	68433
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or) . . . . .	68095	Saint-Donat (La Mitis) . . . . .	60722
Rimouski . . . . .	60739	Saint-Edouard-de-Fabre . . . . .	68302
Ristigouche, Partie Sud-Est . . . . .	60444	Saint-Éloi (Les Basques) . . . . .	60822
Rivière-à-Claude . . . . .	60308	Saint-Elzéar (Bonaventure) . . . . .	60416
Rivière-au-Tonnerre . . . . .	69708	Saint-Elzéar (Témiscouata) . . . . .	60924
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan) . . . . .	69796	Saint-Épiphane (Rivière-du-Loup) . . . . .	60814
Rivière-Bleue . . . . .	60915	Saint-Eugène-de-Guigues . . . . .	68322
Rivière-Bonaventure . . . . .	60495	Saint-Eugène-de-Ladrière. . . . .	60753
Rivière-Bonjour (Matane) . . . . .	60698	Saint-Eusèbe (Témiscouata) . . . . .	60912
Rivière-du-Loup. . . . .	60834	Saint-Fabien (Rimouski-Neigette) . . . . .	60751
Rivière-Héva . . . . .	68417	Saint-Félix-de-Dalquier . . . . .	68431
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk) . . . . .	69896	Saint-François-d'Assise (Avignon) . . . . .	60451
Rivière-Mouchalagane (Sept- Rivières-Caniapiscau) . . . . .	69799	Saint-François-Xavier- des-Hauteurs . . . . .	60701
Rivière-Nipissis (Sept-Rivières- Caniapiscau) . . . . .	69794	Saint-François-Xavier-de-Viger . . . . .	60809
Rivière-Nouvelle (Avignon) . . . . .	60499	Saint-Gabriel (La Mitis) . . . . .	60709
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest) . . . . .	68489	Saint-Gabriel-Lalement . . . . .	61008
Rivière-Ouelle . . . . .	61034	Saint-Georges-de-Cacouna . . . . .	60831
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia) . . . . .	60792	Saint-Germain (Kamouraska) . . . . .	61028
Rivière-Rouge . . . . .	67618	Saint-Godefroi (Bonaventure) . . . . .	60408
Rivière-Saint-Jean . . . . .	69707	Saint-Guy (Les Basques) . . . . .	60716
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé) . . . . .	60299	Saint-Honoré (Témiscouata) . . . . .	60929
Rivière-Vaseuse . . . . .	60592	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup) . . . . .	60804
Rivière-Windigo (Le Haut- Saint-Maurice) . . . . .	63297	Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane) . . . . .	60604
Rochebaucourt . . . . .	68453	Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques) . . . . .	60806
Roquemaure . . . . .	68446	Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata) . . . . .	60903
Routherville (La Matapédia) . . . . .	60494	Saint-Joseph-de-Kamouraska . . . . .	61012
Rouyn-Noranda . . . . .	68333	Saint-Joseph-de-Lepage . . . . .	60718
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia) . . . . .	60697	Saint-Juste-du-Lac . . . . .	60908
Ruisseau-Ferguson (Avignon) . . . . .	60497	Saint-Lambert (Abitibi-Ouest) . . . . .	68469
Sacré-Coeur (La Haute- Côte-Nord) . . . . .	69743	Saint-Léandre (Matane) . . . . .	60609
		Saint-Léon-le-Grand (Matapédia) . . . . .	60518
		Saint-Louis-du-Ha-Ha . . . . .	60922
		Saint-Marc-de-Figuery . . . . .	68422

Saint-Marc-du-Lac-Long . . . . .	60904	Sept-Îles . . . . .	69711
Saint-Marcellin . . . . .		Shigawake . . . . .	60406
(Rimouski-Neigette) . . . . .	60711	Tadoussac . . . . .	69744
Saint-Mathieu (Abitibi) . . . . .	68428	Taschereau . . . . .	68436
Saint-Mathieu-de-Rioux . . . . .	60752	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles) . . . . .	69862
Saint-Maxime-du-Mont-Louis . . . . .	60304	Témiscaming . . . . .	68301
Saint-Médard (Les Basques) . . . . .	60729	Témiscaming (rés. indienne) . . . . .	68389
Saint-Michel-du-Squatec . . . . .	60918	Temiscouata-sur-le-Lac . . . . .	60910
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup) . . . . .	60816	Trécesson . . . . .	68432
Saint-Moise (La Matapédia) . . . . .	60534	Trois-Pistoles . . . . .	60821
Saint-Narcisse-de-Rimouski . . . . .	60712	Umiujaq (Baie-d'Hudson) . . . . .	69847
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est) . . . . .	69456	Val d'Or . . . . .	68403
Saint-Noël (La Matapédia) . . . . .	60536	Val-Brillant . . . . .	60524
Saint-Octave-de-Métis . . . . .	60631	Val-Saint-Gilles . . . . .	68471
Saint-Onésime-d'Ixworth . . . . .	61009	Ville-Marie . . . . .	68304
Saint-Pacôme (Kamouraska) . . . . .	61020	Waskaganish (Fort-Rupert) . . . . .	69885
Saint-Pascal . . . . .	61018	Waswanipi (Terre Réservée) . . . . .	69880
Saint-Paul-de-la-Croix . . . . .	60812	Waswanipi (Village Cri) . . . . .	69810
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton . . . . .	69736	Wemindji (Village Cri) . . . . .	69840
Saint-Philippe-de-Néri . . . . .	61019	Whapmagoostui (Réserve indienne) . . . . .	69888
Saint-Pierre-de-Lamy . . . . .	60930	Whitworth (Réserve indienne) . . . . .	60882
Saint-Raphaël-d'Alberville . . . . .	60508	Winneway . . . . .	68388
Saint-René-de-Matane . . . . .	60613		
Saint-Siméon (Bonnavanture) . . . . .	60421		
Saint-Simon (Les Basques) . . . . .	60754		
Saint-Tharcisius (La Matapédia) . . . . .	60509		
Saint-Ulric . . . . .	60624		
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette) . . . . .	60746		
Saint-Vianney (La Matapédia) . . . . .	60521		
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui . . . . .	60519		
Sainte-Angèle-de-Méridi . . . . .	60706		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière . . . . .	61036		
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle . . . . .	60312		
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle) . . . . .	67650		
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette) . . . . .	60726		
Sainte-Félicité (Matane) . . . . .	60618		
Sainte-Flavie (La Mistis) . . . . .	60731		
Sainte-Florence (La Matapédia) . . . . .	60502		
Sainte-Françoise (Les Basques) . . . . .	60811		
Sainte-Germaine-Boulé . . . . .	68441		
Sainte-Gertrude-Manneville . . . . .	68425		
Sainte-Hélène (Kamouraska) . . . . .	61014		
Sainte-Hélène-de-Mancebourg . . . . .	68456		
Sainte-Irène (La Matapédia) . . . . .	60526		
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia) . . . . .	60538		
Sainte-Luce-Luceville . . . . .	60734		
Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine . . . . .	60302		
Sainte-Marguerite (Matapédia) . . . . .	60501		
Sainte-Odile-sur-Rimouski . . . . .	60742		
Sainte-Paule (Matane) . . . . .	60610		
Sainte-Rita (Les Basques) . . . . .	60801		
Sainte-Thérèse-de-Gaspé . . . . .	60216		
Salluit . . . . .	69875		
Sayabec . . . . .	60530		
Schefferville . . . . .	69801		
Senneterre . . . . .	68409		

5.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (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

A 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. **1**

Période des activités de ressourcement du	A   M   J   au   A   M   J			Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires Cochez : AM, PM ou SOIR			Montant réclamé
	Quantième JJ	AM	PM		SOIR	AM	PM	
					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"/>	\$
					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"/>	\$
<b>Total :</b>								\$

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 AA-AA-MM-JJ	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					<b>Total :</b>
					\$

SPÉCIMEN

**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.



**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 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 <b>UNTEL</b>	Prénom <b>Pierre</b>	Numéro du professionnel <b>2234567</b>
---------------------	-------------------------	---

**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.

Période des activités de ressourcement du **2,0** <sup>A</sup> <sup>A</sup> <sup>A</sup> <sup>0,5</sup> <sup>0</sup> <sup>1</sup> | au | **2,0** <sup>A</sup> <sup>A</sup> <sup>A</sup> <sup>0,5</sup> <sup>0</sup> <sup>3</sup>

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
<b>02</b>	<b>1,00</b>	AM <input checked="" type="checkbox"/>	PM <input checked="" type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	<b>512,00</b> \$
<b>03</b>	<b>0,50</b>	AM <input checked="" type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	SOIR <input type="checkbox"/>	<b>256,00</b> \$
		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"/>	\$
<b>Total :</b>					<b>768,00</b> \$

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
					\$
					\$
					\$
<b>Total :</b>					\$

SPÉCIMEN

**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** <sup>A</sup> <sup>1</sup> <sup>4</sup> <sup>0</sup> <sup>3</sup> <sup>2,0</sup>

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.

**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<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 4N4  
Télécopieur : 418 266-8444

Les pièces justificatives devront être jointes au formulaire 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).

Veillez 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* (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

**6.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction**  
(Parties 1a à 10a)

- # **1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA0122 i.e. AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième.
- 3a.** CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA) (voir **11.5**).
- 4a.** NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

Type de mesure, soit :

déménagement  
prime d'éloignement  
ressourcement  
sortie

Élément de mesure, soit :

allocation forfaitaire  
autres frais  
demande d'avances  
déménagement  
déplacement  
prime d'éloignement  
frais d'entreposage  
rémunération

- 5a.** BASE DE CALCUL : Le nombre d'heures (H), ou de journées (J), ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a.** RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

**6.3.2 Vérification des paiements**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis. Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement.

## 6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

### 6.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

### 6.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement

Toute demande de remboursement 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 remboursement.**

### 6.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** (voir **11.5**) et du code de message explicatif approprié (voir **11.7**).

Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de remboursement doit lui présenter une *Demande de révision ou d'annulation* (1549).

**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.**

Les demandes de révision doivent être adressées à l'adresse indiquée sur le formulaire.

### 6.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas, faire une demande de révision s'il y a lieu de contester la décision de la Régie et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises.

**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.**

### 6.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le chirurgien buccal et maxillo-facial qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549).

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

(annexe VII de l'Entente)

- # 008 La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- # 011 Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 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.



**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<sup>er</sup> janvier  
 2 janvier  
 Vendredi saint  
 Lundi de Pâques  
 Journée nationale des patriotes  
 Fête nationale du Québec  
 Fête du Canada  
 Fête du Travail  
 Action de grâces  
 24 décembre  
 25 décembre  
 26 décembre  
 31 décembre

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

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

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

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

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

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

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

**1.10** Supplément pour enfant de moins de six ans

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

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

**1.11** Supplément pour l'asepsie

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

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

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

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

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

**2.** Les honoraires majorés sont établis comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

*Identifier l'établissement où les services ont été rendus.*

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

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

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

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

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

# **94401** : de 0 h à 7 h = 100,45 \$

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

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

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

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

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

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

**AVIS :** *Si un jour de congé férié survient durant le week-end, la date de célébration retenue par votre établissement peut être différente de celle fixée par la Régie. Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et indiquer la nature et la date du congé férié demandé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Voir à la fin du présent onglet le calendrier des dates retenues par la Régie pour la célébration des jours fériés.*

**2.01 Visite**

**01302** Visite pour traitement médical . . . . . 32,00

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

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

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

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

**01603** Visite de contrôle . . . . . 32,00

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

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

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

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

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

**B- REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)**

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

**Complète**

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

**Partielle**

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

**C- REGARNISSAGE OU RÉPARATION**

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

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

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

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

**D- AJOUT DE STRUCTURE À UNE PROTHÈSE PARTIELLE**

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

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

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

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

**Complète**

<b>51102</b>	supérieure . . . . .	C.S.
<b>51112</b>	inférieure . . . . .	C.S.
<b>51122</b>	supérieure et inférieure . . . . .	C.S.

**Partielle**

<b>52242</b>	supérieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	C.S.
<b>52252</b>	inférieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	C.S.
<b>52262</b>	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis . . . . .	C.S.

## Les services dentaires assurés

(À compter du 15-05-92)

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

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

## # TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

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

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

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