

DOCUMENT D'AIDE À LA FACTURATION
CHIRURGIENS-DENTISTES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DES VOLETS.....	4
Volet 1 – ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE.....	5
1.1. PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale	5
1.2. ENFANT DE MOINS DE 10 ANS.....	6
1.3. PERSONNE EN PROVENANCE D'UN PAYS ÉTRANGER.....	6
Volet 2 – SERVICES DENTAIRES ASSURÉS.....	8
2.1. TABLEAU DES SERVICES DENTAIRES ASSURÉS.....	8
2.2. PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION CONCERNANT LES DÉLAIS (entre les services rendus).....	8
2.3. PRÉCISIONS SUR CERTAINS SERVICES ASSURÉS	9
Volet 3 – RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	11
3.1. DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	11
3.2. DÉLAIS ADMINISTRATIFS.....	13
Volet 4 – PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION	14
4.1. GÉNÉRAL	14
4.2. RESTAURATION ET ENDODONTIE.....	15
4.3. CHIRURGIE	16
Volet 5 – PAIEMENT ET ÉTAT DE COMPTE	17
5.1. MODALITÉS DE PAIEMENT	17
5.2. ÉTAT DE COMPTE.....	17
5.3. LISTE DES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES (messages explicatifs).....	18
Volet 6 – COMPTES ADMINISTRATIFS ET PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE.....	20
6.1. COMPTES ADMINISTRATIFS.....	20
6.2. PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE (sans frais).....	20
Volet 7 – FACTURATION INFORMATISÉE	21
7.1. AVANTAGES DE LA FACTURATION INFORMATISÉE	21
7.2. FORMULAIRES À REMPLIR POUR LA FACTURATION INFORMATISÉE.....	21
7.3. ACTIVITÉS RELIÉES À UNE TRANSMISSION	22
7.4. QUI APPELER EN CAS DE BESOIN?	23
7.5. AIDE-MÉMOIRE.....	24

INTRODUCTION

Ce document a pour but d'améliorer la rédaction des demandes de paiement et de faciliter la facturation à la Régie en donnant des explications supplémentaires sur certains sujets qui génèrent des erreurs de facturation.

Ce document se veut un outil de référence pour le chirurgien-dentiste et pour son personnel administratif. **Il ne remplace pas le manuel de facturation** mais traite des sujets qui ressortent des questions posées aux préposés du Centre d'information et d'assistance aux professionnels de la Régie.

Il contient les informations importantes concernant l'admissibilité de la personne assurée, les soins couverts, la rédaction de la demande de paiement, les principales règles d'application, le paiement, l'état de compte et la facturation informatisée avec, dans ce dernier cas, une fiche synthèse.

Le chirurgien-dentiste et son personnel administratif sont invités à se familiariser avec le contenu de ce document de façon à améliorer la préparation des demandes de paiement.

Nous espérons que cet outil saura répondre à vos besoins et à ceux de votre personnel.

N'hésitez pas à nous faire part de vos [suggestions ou commentaires](#).

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

DESCRIPTION DES VOLETS

Le **volet 1 – ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE** – traite des conditions d'admissibilité aux soins dentaires couverts par le régime d'assurance maladie du Québec. Les informations présentées dans ce volet se retrouvent sous l'onglet [Personnes assurées](#) du manuel des dentistes.

Le **volet 2 – SERVICES DENTAIRE ASSURÉS** – présente le tableau des services dentaires assurés et apporte des précisions utiles sur la nature de certains services couverts ainsi que les délais à respecter pour que les services soient payables par la Régie. Les informations présentées dans ce volet se retrouvent sous l'onglet [Règles d'application du tarif](#) du manuel des dentistes.

Le **volet 3 – RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** – présente la demande de paiement et les principaux champs à remplir; il a aussi pour objet les délais administratifs de facturation, de refacturation et de révision. Les informations présentées dans ce volet se retrouvent sous l'onglet [Rémunération à l'acte](#) du manuel des dentistes.

Le **volet 4 – PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION** – fait état des règles d'application qui génèrent le plus de refus de paiement. Des précisions sont apportées pour en faciliter la compréhension. Les informations présentées dans ce volet ainsi que l'ensemble des règles d'application et la tarification des services dentaires se retrouvent sous l'onglet [Règles d'application du tarif](#) du manuel des dentistes.

Le **volet 5 – PAIEMENT ET ÉTAT DE COMPTE** – comprend les informations sur les modalités de paiement et sur le contenu de l'état de compte. Une section présentant les erreurs de facturation les plus fréquentes vous aidera lors de la conciliation de l'état de compte. Les informations présentées dans ce volet de même que la signification des messages envoyés par la Régie et présents à l'état de compte se retrouvent sous l'onglet [Paiement à l'acte – Messages explicatifs](#) du manuel des dentistes.

Le **volet 6 – COMPTES ADMINISTRATIFS ET PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE** – contient les informations concernant la création de compte administratif, individuel ou collectif, et l'adhésion au paiement par virement bancaire. À noter que les formulaires sont disponibles pour impression sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/form/form.shtml

Le **volet 7 – FACTURATION INFORMATISÉE** – contient les informations concernant l'utilisation d'un logiciel de facturation et l'envoi des demandes de paiement par télécommunication. En plus, vous y trouverez les avantages de la facturation informatisée et les formulaires à remplir pour s'y inscrire, les principales étapes de la transmission des demandes de paiement, les ressources à contacter en cas de besoin et un aide-mémoire pratique.

Volet 1 – ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Une personne assurée est autorisée à recevoir des services dentaires dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

Note : La personne qui ne fait pas partie d'une des trois catégories ci-dessous n'est pas admissible à recevoir des soins dentaires et doit en assumer le coût. **Vous ne devez pas remettre de demande de remboursement (formulaire n° 2076) à cette personne.**

1.1. PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

La personne assurée détient un carnet de réclamation valide et les soins dentaires sont couverts à la date où elle se présente chez le dentiste.

Il faut donc vérifier l'exactitude de la date indiquée sous *Soins dentaires couverts*.

Si les services sont couverts, vous pouvez réclamer les honoraires prévus à l'entente pour les services rendus en utilisant le numéro d'assurance maladie de la personne assurée figurant à la section *Référence* du carnet. Si les soins concernent un enfant de 10 ans ou plus, l'identification et son numéro d'assurance maladie doivent obligatoirement être inscrits dans la section *Enfants à charge*. Vous devez alors utiliser ce numéro d'assurance maladie lors de la facturation des soins.

Lorsque les soins ne sont pas encore couverts parce qu'il y a un délai de carence (délai d'attente de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques, 12 mois consécutifs pour les autres services dentaires assurés pour les personnes de 10 ans ou plus), les services dentaires ne seront payables par la Régie qu'à compter de la date indiquée sur le carnet (dans la section *Référence*), à moins qu'il ne s'agisse d'une situation d'urgence. Voir **Cas d'exception** à la page suivante.

Emploi Québec

Carnet de réclamation

Soins dentaires couverts

Numéro de dossier

Nom du ou de la prestataire

Message

Référence

Enfants à charge

Numéro de carnet

Spécimen

Signature: *F. J. L...*
Sous-ministre

Valable Du | Au | Chez tous les pharmaciens

Si non, chez le pharmacien désigné ci-dessous.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
SP-0008 (01-2007)

A-00000000

Voilà la note importante au verso.

X Ce carnet de réclamation doit être signé et conservé par le ou la prestataire.

Cas d'exception (réf. : article 36.1 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*)

L'examen et les services dentaires mentionnés ci-dessous, rendus en urgence, font exception au délai de carence et sont payables. Vous devez **facturer l'examen de même que les services rendus en urgence sur la même demande de paiement** en prenant soin d'indiquer la lettre « **D** » dans la case C.S.

- Ablation de dent ou de racine
- Incision ou drainage d'un abcès
- Contrôle d'hémorragie
- Réduction d'une fracture alvéolaire
- Réimplantation d'une dent complètement exfoliée.
- Ouverture de la chambre pulpaire
- Alvéolite
- Réparation d'une lacération de tissu mou
- Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme

Particularités pour le revendicateur du statut de réfugié : Pour que le revendicateur du statut de réfugié soit assuré, il doit présenter une carte d'assurance maladie valide lorsque son carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » dans la case *Message*.

1.2 ENFANT DE MOINS DE 10 ANS

La personne assurée détient une carte d'assurance maladie valide à la date des services et est âgée de moins de 10 ans.

Vous devez vérifier la date d'expiration de la carte d'assurance maladie.

Lorsque la personne de moins de 10 ans ne possède pas de carte ou que celle-ci est expirée, la personne responsable de cet enfant doit payer les honoraires professionnels. Le chirurgien-dentiste remplit le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076* pour la partie qui le concerne et le remet à la personne responsable qui devra le faire parvenir à la Régie afin d'obtenir le remboursement.

1.3 PERSONNE EN PROVENANCE D'UN PAYS ÉTRANGER

Parmi les personnes en provenance d'un pays étranger soumises au délai de carence (délai d'attente avant d'être admissible au régime d'assurance maladie du Québec), seulement celles présentant un problème de santé dentaire relié à l'une des situations suivantes peuvent bénéficier de la gratuité des services :

- Personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
- Personne requérant des soins et suivis reliés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- Personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse, ayant une incidence sur la santé publique.

Pour bénéficier de la gratuité de ces services pendant le délai de carence, la personne doit présenter la lettre de la Régie qui lui confirme la date du début de son admissibilité au régime. Cette lettre doit comporter le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne **ET** la date de début du délai de carence. Ces renseignements figurent respectivement au-dessus de la section **OBJET** de la lettre et dans son paragraphe **Délai de carence**. Si la personne est soumise au délai de carence au moment de recevoir les soins, vous devez suivre les instructions particulières de facturation décrites ci-après.

Par contre, si la personne reçoit des soins après la date du début de l'admissibilité inscrite dans sa lettre, elle doit présenter sa carte d'assurance maladie valide, être prestataire d'un programme d'aide financière de dernier recours et détenir un carnet de réclamation valide ou être âgée de moins de 10 ans.

*Il est à noter que la personne **doit** présenter la lettre de la Régie. Si elle n'a pas cette lettre en sa possession, vous devez lui faire payer les services rendus en lui précisant que vous lui rembourserez les honoraires versés lorsqu'elle pourra vous la présenter. La présentation de cette lettre vous apportera ainsi la preuve qu'elle est réellement assujettie au délai de carence.*

[Exemple de lettre](#)

IMPORTANT : Ne pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076* (dentistes ou chirurgiens buccaux) car seule la demande de paiement facturée par le professionnel de la santé avec la considération spéciale « J » sera acceptée par la Régie.

Voir le [Communiqué 072/2001-11-26](#) qui présentait cette mesure d'exception.

Modalités particulières de facturation (*lorsque la personne présente la lettre confirmant le début de son assujettissement au délai de carence et présente une des situations particulières visées par la gratuité des services pendant le délai de carence*)

- Inscrire le numéro d'assurance maladie apparaissant dans la lettre présentée par la personne;
- Inscrire l'identité de la personne (nom, prénom, date de naissance, adresse);
- Inscrire la lettre « J » dans la case C.S.;
- Remplir la demande de paiement selon la procédure habituelle.

Référence : Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec

Volet 2 – SERVICES DENTAIRES ASSURÉS

Le tableau suivant présente la couverture des soins dentaires en fonction du lieu où les services sont rendus, de l'âge et du statut de la personne assurée.

2.1 TABLEAU DES SERVICES DENTAIRES ASSURÉS

Les services dentaires assurés	À compter du 15-05-92	
TYPE DE SERVICES	***MILIEU HOSPITALIER	CABINET
Examens et consultations		
Examen et consultation	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Examen d'urgence	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Prévention		
Enseignement	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Nettoyage	Prestataire ¹ 12 et plus	Prestataire ¹ 12 et plus
Application de fluorure	Prestataire ¹ 12 à 15	Prestataire ¹ 12 à 15
Détartrage	Prestataire ¹ 16 et plus	Prestataire ¹ 16 et plus
* Radiologie		
Intra-orale	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
** Extra-orale : panoramique	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Extra-orale : autres	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation – couronne préfabriquée - tenon	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Endodontie		
Pansement sédatif	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Pulpotomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Traitement de canal sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹ 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enf. de 0 à 9 et Prestataire ¹
Prostodontie (1 prothèse par 8 ans)	Prestataire ¹	Prestataire ¹
Parodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré

* Service assuré dont la rémunération est incluse dans un autre service assuré (Règle d'application 2.9 de l'Annexe VI).

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

*** Centre hospitalier ou établissement universitaire

¹ Prestataire¹ identifie un prestataire d'une aide financière de dernier recours

Note : Pour les prestataires, vérifier sur le carnet de réclamation si le patient est soumis au délai d'attente de 12 mois consécutifs - soins dentaires ou 24 mois consécutifs - services de prothèses dentaires acryliques).

2.2. PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION CONCERNANT LES DÉLAIS (entre les services rendus)

RA 2.3 Examen (sauf consultation et examen d'urgence) : 365 jours ou plus entre les examens. Toutefois, un deuxième examen peut être facturé lorsque la personne est suivie par un dentiste pour des fins oncologiques dans un établissement désigné.

Cette disposition est entrée en vigueur le 10 septembre 2009, suite aux modifications apportées à cette fin au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

RA 3.1 Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale : 365 jours ou plus entre les enseignements

RA 3.1 Nettoyage des dents : 365 jours ou plus entre les nettoyages

RA 3.1 Application topique de fluorure : 365 jours ou plus entre les applications

RA 3.5 Détartrage : 365 jours ou plus entre les détartrages

- RA 4.5.2** Restauration sur une dent antérieure : une seule obturation par dent, par 365 jours, sauf si celle-ci doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.
- RA 4.9** Restauration sur une dent postérieure : une seule valeur de base payable par dent par période de 365 jours.
- RA 4.10** Restauration sur une dent postérieure : même surface de dent payable une fois par 365 jours, sauf si l'obturation doit être reprise à la suite d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie sur dent primaire ou d'un traitement d'endodontie sur une dent permanente pour une personne assurée admissible de moins de 13 ans.

2.3. PRÉCISIONS SUR CERTAINS SERVICES ASSURÉS

Prothèse acrylique

En vertu du *Règlement de la sécurité du revenu* et de l'article 36 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, seuls les prestataires d'une aide financière de dernier recours détenant un carnet de réclamation depuis 24 mois consécutifs ont droit à une prothèse complète ou partielle par maxillaire, et ce, par période de huit ans.

En cas de bris irréparable ou de perte à l'intérieur de la période de huit ans, le **remplacement** de la prothèse est permis mais payable à la **moitié** du tarif prévu. Vous devez alors inscrire la lettre « **R** » dans la case C.S. afin d'éviter un refus de paiement.

Toutefois, le remplacement est payable au tarif prévu, soit à 100 %, lorsqu'il est consécutif à une **chirurgie buccale** et sur ordonnance écrite. La lettre « **A** » doit alors être présente dans la case C.S. De plus, le numéro et le nom du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ayant produit l'ordonnance doivent être indiqués dans l'espace réservé aux renseignements complémentaires.

Note : Des exemples de facturation sont présentés aux sections 3.2.4.3 à 3.2.4.7 de l'onglet *Rémunération à l'acte* du manuel de facturation.

Seules les prothèses acryliques sont payables par la Régie. Les prothèses faites d'autres matériaux (ex. : Vitalium) ne sont pas assurées et le patient doit assumer lui-même la **totalité** du coût.

Règle d'application 7.1 : La prothèse est rémunérée lorsqu'elle a été mise en bouche.

Note : La date des services correspond à la date de mise en bouche, et ce, qu'il s'agisse d'une première prothèse, de la prothèse remplacée ou réparée.

Important : Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche de la prothèse et qu'elle abandonne le traitement, le professionnel peut obtenir compensation pour la confection ou la réparation; dans ce cas, inscrivez la lettre « **A** » dans la case C.S. et référez-vous à la section 3.2.3.3 sous l'onglet *Rémunération à l'acte* du manuel de facturation pour connaître les renseignements complémentaires et les documents à fournir. **Dans le cas d'une confection, vous devez utiliser les codes d'acte de la règle d'application 7.4.** La date des services doit être comprise dans la période d'autorisation donnée.

Règle d'application 7.2 : La rémunération pour la prothèse comprend, à la suite à la mise en bouche, trois visites de contrôle, si jugé nécessaire.

Règle d'application 7.3 : La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au dentiste, d'une autorisation (formulaire SR-0106) à cet effet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

Note 1 : L'autorisation du MESS (formulaire SR-0106) précise la période où les services dentaires sont couverts. Le service doit être rendu à l'intérieur de cette période.
Attention! Cette demande doit vous être présentée dans un délai maximal de 30 jours à partir de sa date d'émission et vous devez vous assurer que le carnet de réclamation du prestataire (carte-médicaments – SR-0009) est valide (voir la reproduction plus bas).

Autorisation du centre local d'emploi	
Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale autorise le ou les services dentaires mentionnés ci-dessus, conformément aux conditions inscrites au verso. Aucune substitution n'est permise.	
Remarques : _____ _____	
<input type="checkbox"/> Services payables à 50 % du tarif prévu (remplacement pour une perte ou un bris irréparable)	
IMPORTANT : Le prestataire n'a que trente jours à compter de la date indiquée ci-contre pour présenter cette autorisation à un fournisseur. De plus, son carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) doit être valide.	
Date d'émission de l'autorisation	Agent responsable de l'autorisation

Note 2 : La **réparation** d'une prothèse ou l'**ajout de structure** à une prothèse partielle ne nécessite aucune autorisation du MESS. L'autorisation (formulaire SR-0106) est obligatoire dans les autres cas.

Note 3 : Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, il n'est payable qu'une seule fois par période de cinq (5) ans.

Radiographie

Règle d'application 2.9 : La prise de radiographie (tout type), l'interprétation et le coût du matériel font partie de la rémunération de l'examen, de l'examen d'urgence, de la consultation ou de tout autre service assuré.

Restauration sur dent antérieure

Règle d'application 4.4 : Les restaurations en amalgame sont payables seulement sur les classes I (incisive ou linguale) et les classes III (mésiale ou distale).

Les restaurations en matériau esthétique sont payables lorsqu'elles sont effectuées sur les classes I (incisive ou linguale), les classes III (mésiale ou distale), les classes IV (mésiale ou distale), les classes V (buccale ou linguale) et lors de la reconstitution complète du tiers incisif ou de la reconstitution complète d'une dent.

Note : Les restaurations en **matériau esthétique** autres que celles prévues au tarif ne sont pas assurées et le patient doit assumer lui-même la **totalité** du coût.

Restauration sur dent postérieure

Règle d'application 4.10 : Généralement, seules les restaurations en amalgame sont payables sur les dents postérieures.

Règle d'application 4.11 : Toutefois, les restaurations en matériau esthétique sont payables si elles sont effectuées sur une surface buccale ou mésiale d'une prémolaire supérieure.

Note : Les restaurations en **matériau esthétique** autres que celles prévues au tarif ne sont pas assurées et le patient doit assumer lui-même la **totalité** du coût (exemples de restaurations en matériau esthétique non prévues au tarif : fermeture de diastème, facette).

Volet 3 – RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

3.1. DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Note : (5) Ne rien inscrire dans la case *ÉTABLISSEMENT* pour les services rendus en clinique ou en cabinet.

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

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

Il est important de remplir correctement chaque demande de paiement car la moindre erreur ou omission peuvent entraîner un refus du paiement ou une annulation de la demande de paiement. En vous référant aux sections inscrites sur le modèle de demande de paiement, veuillez vous assurer que toutes les informations requises y sont inscrites avant de l'acheminer à la Régie.

NUMÉRO DE LA DEMANDE :

Le numéro de la demande de paiement se situe dans le coin supérieur gauche et se compose de quatre chiffres. Pour les demandes acheminées par ordinateur, le logiciel de facturation numérote chaque demande de paiement.

SECTION 1 – PERSONNE ASSURÉE :

Numéro d'assurance maladie, date d'expiration de la carte
Prénom usuel, nom de famille à la naissance
Nom de l'époux et/ou no séquentiel de la carte
Date de naissance et le sexe de la personne assurée
Adresse complète soit : le numéro civique et le nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

Note : Utiliser le numéro d'assurance maladie inscrit sur le carnet de réclamation si la personne assurée est prestataire d'une aide financière de dernier recours.

SECTION 2 – PROFESSIONNEL :

Initiale du prénom usuel, nom du professionnel et numéro d'inscription à la Régie de sept chiffres
Groupe : numéro de compte administratif, le cas échéant.
Consultation : Pour une demande de consultation, indiquez le nom et le numéro d'inscription du professionnel à la Régie (six chiffres) ayant demandé la consultation.

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Indiquez à cet endroit les informations exigées pour la facturation de certaines procédures.

Pour refacturer un service, inscrivez le numéro de demande de paiement et la date de l'état de compte sur lequel elle figure; inscrivez la lettre « **B** » dans la case C.S.

Pour les prothèses dentaires, vous devez inscrire le numéro et la date de l'autorisation donnée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Il est toujours recommandé de conserver une copie de l'autorisation dans vos dossiers.

SECTION 4 – SERVICES :

La **date des services** correspond à la **date où les services ont été rendus** ou à la date de la mise en bouche d'une prothèse, **même dans les cas de refacturation**.

Chaque service inscrit doit comporter les données suivantes :

- le code d'acte du service
- le numéro de la dent, lorsque la nature du service l'exige
- le numéro de la surface, lorsque la nature du service l'exige
- le rôle 1 pour le dentiste responsable de l'acte ou le rôle 4 pour le dentiste assistant
- le modificateur, le cas échéant, qui permet de modifier le tarif d'actes effectués dans certaines situations particulières (voir l'onglet *Rémunération à l'acte – Annexe II*)
- les unités, lorsqu'un AVIS mentionne d'y inscrire une valeur
- les honoraires calculés en tenant compte du rôle et du modificateur, s'il y a lieu, et reporter le montant total de toutes les lignes dans la case **TOTAL**.

Important : Tout acte dont les honoraires sont de 1000 \$ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte.

SECTION 5 – ÉTABLISSEMENT :

Inscrire le n° de l'établissement, s'il y a lieu; ne rien inscrire si les services sont rendus en clinique privée ou en cabinet (exception : cliniques privées d'anesthésie générale désignées - réf. : Règle d'application 1.4).

SECTION 6 – SIGNATURE :

La signature du professionnel ou de la personne qu'il a autorisée à signer est requise sur chaque demande de paiement.

Pour autoriser une personne à signer, remplir le formulaire *Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement n° 3005* et l'expédier à la Régie.

3.2. DÉLAIS ADMINISTRATIFS

Délai de facturation

Il est de **90 jours** à partir de la date des services rendus. Cependant, si une demande de paiement ne figure pas à l'état de compte dans les 45 jours suivant son envoi, veuillez facturer de nouveau afin de respecter ce délai de 90 jours.

Note : Lorsque des **documents complémentaires** sont requis pour la facturation, ceux-ci doivent être inclus dès l'envoi. **Dans ce cas, la facturation doit obligatoirement être faite avec une demande de paiement papier.**

Délai de refacturation

Le délai pour la refacturation des services est de **90 jours** à compter de la date de l'état de compte sur lequel le refus a été signalé. Lors d'une refacturation, vous devez toujours utiliser la demande de paiement n° 1670 (ou n° 1607 – format continu) en prenant soin d'inscrire un « **B** » dans la case C.S. et d'indiquer dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro de la demande** de paiement refusée de même que la **date de l'état de compte** où elle a été refusée.

Important : La **date des services** correspond à la **date où les services ont été rendus** ou à la date de la mise en bouche d'une prothèse. Lorsque vous refacturez une demande de paiement, la date des services doit demeurer la même que celle inscrite sur la demande initiale, **sauf** s'il s'agit de l'erreur à corriger.

Délai de révision

Le délai pour demander une révision des honoraires payés est de **90 jours** à compter de la date de l'état de compte où la décision de la Régie vous a été signifiée. Vous devez utiliser le formulaire *Demande de révision n° 1549* pour demander une révision et l'expédier à l'adresse prévue. Ce formulaire est disponible sur le site Internet à l'adresse suivante :

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/form/form.shtml

En [format dynamique](#) : pouvant être rempli à l'écran, puis à imprimer et poster

En [format statique](#) : à imprimer, remplir et poster

Pour toute demande d'explication relative à votre facturation ou aux paiements reçus, veuillez vous adresser au [Centre d'information et d'assistance aux professionnels](#), et non pas à l'équipe de la révision.

Note : Pour des explications claires concernant la différence entre la refacturation et la révision, nous vous invitons à consulter la [rubrique Refacturation ou Révision](#) sur notre site Internet.

Volet 4 – PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION

4.1. GÉNÉRAL

Règle d'application 1.4 Frais compensatoire pour anesthésie générale en clinique privée

Lorsque des actes de restauration et d'endodontie sont posés sous anesthésie générale, le dentiste a droit au paiement d'un montant forfaitaire de **175 \$** par personne assurée comme frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. Ce montant est applicable une seule fois par période de cent quatre-vingt (180) jours pour une même personne assurée.

Seules les cliniques autorisées et désignées ont droit à ce forfait. La liste des cliniques autorisées figure à la fin de l'onglet *Rémunération à l'acte* du manuel de facturation (voir Annexe VII).

Règle d'application 1.5 Numérotation des dents permanentes, primaires et surnuméraires

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

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

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

Règle d'application 1.10 Renvoi à un pédodontiste

Lorsqu'un enfant de moins de dix (10) ans est orienté vers un pédodontiste par un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste ou un médecin, le **pédodontiste** a droit à un montant forfaitaire de 42,75 \$ par séance de traitement curatif jusqu'à concurrence de quatre (4) séances par personne assurée, par pédodontiste, par période de douze (12) mois, pour un maximum de six (6) par période de vingt-quatre (24) mois. Si, au cours d'une séance, le pédodontiste a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

Le numéro de professionnel du **dentiste ou du médecin référant** doit être inscrit dans la case appropriée sur la demande de paiement. Le code de forfait doit être facturé la **même journée** que celle où le traitement curatif a eu lieu (actes de restauration, d'endodontie ou de chirurgie).

Règle d'application 1.11 Supplément pour enfant de moins de six ans

Supplément payable, par séance, lorsque des services assurés sont dispensés à un enfant de moins de six ans. Non payable, si le dentiste a recours à l'anesthésie générale au cours de la séance.

Règle d'application 1.12 Supplément pour l'asepsie

Supplément payable lorsque des services assurés sont dispensés à une personne assurée en cabinet privé. Un seul 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. Supplément non payable, si le dentiste a recours à l'anesthésie générale au cours de la séance.

Règles d'application 2.4 et 2.5 Examen d'urgence

L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé dentaire en raison d'une condition particulière qui selon le dentiste ou le patient exige une attention immédiate et comprenant :

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

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

Note : La présence d'un code de diagnostic dans la case appropriée de la demande de paiement est requise pour supporter l'examen d'urgence lorsque cet examen est fait seul et non suivi d'un autre service le même jour (réf.: onglet *Diagnostics* de votre manuel).

4.2. RESTAURATION ET ENDODONTIE

Règle d'application 4.2 Code spécifique

Le dentiste utilise le code de la colonne *Code spécifique* lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie :

- sur les centrales et les latérales primaires d'un enfant âgé de **cinq (5) ans et plus**
- sur les canines et molaires primaires d'un enfant âgé de **neuf (9) ans et plus**.

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

Règle d'application 4.8 Obturation

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

Note : Les codes de valeur de base (**21999** et **23999**) doivent être inscrits sur **la même demande de paiement** que le code d'obturation d'une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente. Les codes de valeur de base doivent être accompagnés **du numéro de dent seulement** (et non du numéro de surface). Tous les autres codes d'obturation doivent être accompagnés d'un numéro de dent et d'un numéro de surface.

Règle d'application 4.9 Valeur de base

Une seule valeur de base est rémunérée par dent par période de 365 jours.

Note : Le code de la valeur de base doit être accompagné du numéro de la dent traitée, seulement.

Règle d'application 4.10 Surface

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

Note : Lors de la facturation d'une combinaison de surfaces, veuillez ne pas considérer les surfaces déjà réclamées dans les 365 jours précédents.

4.3. CHIRURGIE

Règle d'application 6.1 Acte chirurgical

La rémunération pour un acte chirurgical comprend la rémunération pour les soins pré-opératoires, l'acte chirurgical lui-même, tout examen post-opératoire et les soins post-opératoires, à l'exclusion des actes de chirurgie post-opératoires. Cette règle s'applique même si les actes inclus sont faits en cabinet.

La rémunération de l'examen, de l'examen d'urgence ou de la consultation n'est incluse dans la rémunération de l'acte chirurgical que s'il s'agit d'un examen de suivi post-opératoire.

Règle d'application 6.3 Soins post-opératoires confiés

Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du premier est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical (modificateur 013 – 90 %) et celle du second à 10 % de la prestation payable également pour ce même acte (modificateur 014 – 10 %).

Règle d'application 6.4 Chirurgies multiples au cours d'une même séance

À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsqu'au cours d'une séance, plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour un bénéficiaire par le même dentiste, 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 (MODIF = 050).

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

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

Volet 5 – PAIEMENT ET ÉTAT DE COMPTE

5.1. MODALITÉS DE PAIEMENT

Paieement

Les paiements s'effectuent aux deux semaines. Les chèques et les dépôts directs sont disponibles le mardi suivant la date de l'état de compte.

Le calendrier des dates de paiement est disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/rubriques/cal_fact/calpro.shtml

Mode de paiement

Les paiements sont effectués en versant les honoraires directement au compte du dentiste dans une institution bancaire ou financière. Ils peuvent être effectués par chèque à la demande du dentiste. Pour adhérer sans frais au dépôt direct, et ainsi éviter les retards postaux, remplir le formulaire *Autorisation de paiement par dépôt direct n° 2914* et joindre un spécimen de chèque personnalisé. Les comptes conjoints sont acceptés.

Délai de paiement

Lors de la préparation d'un paiement, les systèmes acceptent les demandes de paiement papier reçues 21 jours ou plus avant la date d'un paiement. En ce qui concerne la facturation informatisée par télécommunication, ils acceptent les demandes de paiement reçues 11 jours ou plus avant la date d'un paiement, permettant ainsi d'y inclure plus de demandes.

5.2. ÉTAT DE COMPTE

L'état de compte fournit l'information sur le montant total du paiement de même que l'information détaillée sur les demandes de paiement reçues et traitées. Il peut être obtenu par télécommunication ou par la poste.

Régie de l'assurance maladie Québec																ÉTAT DE COMPTE					
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4																					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE																					
NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DU CHÈQUE OU VIREMENT		DATE ET LÉGENDE DE COMPTE		DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE							
UNTEL ROBERT		0-00000-0		0000		00000000 C		20AA-07-11		20AA-06-30 (T)		002		002							
20AA-06-20 (P)		OR-28		002																	
N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRAI. EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRAI. EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRAI. EXPL.	MONTANT PAYÉ				
1a	2a	3a	4a	5a	6a	DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE															

- 1a) Numéro qui figure sur la demande de paiement que vous nous avez expédiée
- 2a) Date de réception de votre demande de paiement à la Régie
- 3a) Code d'acte pour lequel un refus, une modification ou une révision sont signifiés
- 4a) Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom (correspond aux quatre lettres du numéro d'assurance maladie de la personne assurée)
- 5a) Code de transaction ou message explicatif
- 6a) Montant payé ou récupéré.

5.3. LISTE DES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES (messages explicatifs)

117 La personne n'est pas admissible au programme d'aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

Précision : La personne qui n'est pas inscrite à un programme d'aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale) à la date des services n'est pas admissible à recevoir des soins dentaires. La personne ne pouvant fournir de carnet valide certifiant son admissibilité doit assumer le coût des services reçus.
Voir le *Volet 1 – ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE – 1.1 Prestataire d'une aide financière de dernier recours.*

133 Le prestataire n'est pas admissible aux services dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.

Précision : La personne n'est pas admissible à recevoir des services dentaires pendant le délai de carence. Vérifier la date de début des soins dentaires couverts sur le carnet de réclamation. S'il est indiqué que la personne est couverte à la date des services, demandez une révision (formulaire n° 1549) et joignez une copie du carnet. Si la personne n'est pas couverte à la date des services mais qu'il s'agit de soins urgents répondant aux conditions de l'article 36.1 du *Règlement d'application sur la Loi sur l'assurance maladie*, vous devez réclamer l'examen et les services rendus en urgence sur la même demande de paiement et placer la lettre « **D** » dans la case C.S.
Voir le *Volet 1 – ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE – 1.1 Prestataire d'une aide financière de dernier recours.*

370 L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.

Précision : L'erreur se situe généralement au niveau du code d'acte réclamé. La règle d'application 4.2 indique les situations où le code d'acte **spécifique** doit être utilisé selon l'âge de la personne et le type de dent restaurée au lieu du code d'acte régulier. Si la personne est visée par la règle d'application 4.2, vous devez utiliser le code spécifique qui se retrouve dans le manuel tout juste à droite du code régulier.
Voir le *Volet 4 – PRINCIPALES RÈGLES DE FACTURATION – 4.2 Restauration et endodontie.*

408 Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

Précision : Généralement, l'erreur se situe au niveau du numéro de dent. En facturant le mauvais numéro de dent, un service pourrait être incompatible avec un acte déjà réclamé par un autre dentiste. Par exemple, si vous réclamez des services effectués en inscrivant par erreur le numéro d'une dent qui a déjà été extraite par un autre dentiste, le système refusera le paiement. Cependant, il est possible que l'erreur ait été commise par l'autre dentiste. Dans cette situation, demandez une révision en prenant soin de joindre les radiographies.

437 Conformément à la règle d'application 4.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.

Précision : Le système refuse de payer la valeur de base (21999 ou 23999) car aucune restauration n'a été facturée pour la dent concernée ou encore la restauration a été refusée. Il suffit de corriger l'erreur au niveau du service de restauration et de refacturer la restauration et la valeur de base en suivant les instructions de refacturation.
Voir le *Volet 3 – RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT – 3.2 Délais administratifs – Délai de refacturation.*

501 Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la dent est absent.

Précision : La facturation de ce code d'acte exige que le numéro de dent soit indiqué.
Voir le *Volet 4 – PRINCIPALES RÈGLES DE FACTURATION – 4.1 Général (Règle d'application 1.5) ».*

505 Le numéro de dent n'est pas acceptable pour ce code d'acte.

Précision : Le code d'acte réclamé n'est pas compatible avec le numéro de dent inscrit. Veuillez vérifier s'il n'y a pas eu erreur de numéro de dent ou erreur de code d'acte.

526 Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est absent.

Précision : La facturation de ce code d'acte exige la présence du numéro de surface. Vérifier et indiquer le numéro de surface qui s'applique à l'acte réclamé. Voir au besoin les règles d'application 4.4 et 4.7 dans le manuel de facturation.

530 Le numéro de surface est incompatible avec le code d'acte réclamé.

Précision : Le numéro de surface indiqué n'est pas compatible avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier s'il n'y a pas eu erreur de numéro de surface ou une erreur de code d'acte. Voir, au besoin, les règles d'application 4.4 et 4.7 dans le manuel de facturation.

619 Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.

Précision : Le délai, entre l'acte réclamé sur cette demande et celui déjà réclamé sur la demande de paiement indiquée en référence (code TRA 00), est trop court et ne respecte pas le délai établi aux différentes règles d'application.
Voir le *Volet 2 – SERVICES DENTAIRES ASSURÉS – 2.2 Principales règles d'application concernant les délais (entre les services rendus).*

Volet 6 – COMPTES ADMINISTRATIFS ET PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE

6.1. COMPTES ADMINISTRATIFS

Pratique personnelle

Le compte administratif sert principalement à comptabiliser séparément différentes parties de la pratique d'un professionnel. Ainsi, le professionnel qui exerce dans des cabinets différents peut demander à ce que ses gains se retrouvent sur des états de compte et des paiements différents (chèque ou virement bancaire).

Pour ce faire, il doit remplir la **partie 3** du formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ou en société n° 3006* (compte administratif individuel). La Régie attribuera alors un numéro de compte administratif qui, par la suite, doit être inscrit dans la case *GROUPE* de la demande de paiement. De cette façon, les demandes ne comportant aucun numéro de groupe et celles qui en comporteront un seront payées sur des états de compte différents.

Pratique en groupe ou en société

Si plusieurs chirurgiens-dentistes veulent former un groupe pour identifier leurs activités ou pratiquer en société, ils doivent remplir et signer la **partie 1** du formulaire n° 3006 et mentionner le nom du groupe ou de la société. Un seul formulaire est nécessaire pour l'ensemble des professionnels. **Note** : Même si la société ne compte qu'un seul actionnaire, celui-ci doit remplir la **partie 1** du formulaire (compte collectif).

Chaque chirurgien-dentiste qui s'ajoutera au groupe ou à la société remplira la **partie 2** du formulaire n° 3006. Les professionnels faisant déjà partie du groupe n'auront pas à signer de nouveau ce document.

6.2. PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE (sans frais)

Pratique personnelle

Pour autoriser le paiement par virement bancaire (dépôt direct) et ainsi éviter les retards postaux, le professionnel remplit le formulaire *Autorisation de paiement par dépôt direct n° 2914* en prenant soin d'identifier son nom et son numéro de pratique ainsi que le numéro des comptes administratifs personnels auxquels le dépôt s'appliquera. Les paiements de plusieurs comptes administratifs peuvent être déposés dans le même compte bancaire. À défaut de fournir un spécimen de chèque personnalisé (transmission par télécopieur acceptée) avec le formulaire n° 2914, le chirurgien-dentiste doit faire remplir la partie au bas du formulaire par l'institution bancaire ou financière. Les comptes conjoints sont acceptés.

Pratique en groupe

Les paiements effectués en regard d'un groupe de professionnels ou société peuvent être déposés dans un seul compte si ce compte porte le nom du groupe ou de la société, ou si l'institution bancaire ou financière certifie que les membres du groupe ou de la société sont tous titulaires de ce compte.

Le formulaire n° 2914 doit alors être rempli et signé par tous les professionnels du groupe ou de la société. Le numéro de compte administratif déjà attribué par la Régie doit y être inscrit.

Le formulaire *Mandat du professionnel de la santé autorisant un tiers à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers n° 3004* doit être rempli et signé par tous les membres du

groupe ou de la société. Chaque professionnel qui se joindra au groupe ou à la société devra remplir ces deux formulaires (n° 2914 et n° 3004). Toutefois, il n'est pas nécessaire de refaire signer tous les autres professionnels.

Il est à noter que les formulaires mentionnés dans ce volet sont disponibles pour impression sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/form/form.shtml.

Volet 7 – FACTURATION INFORMATISÉE

Il est possible pour le chirurgien-dentiste d'utiliser un logiciel de facturation afin de faciliter la rédaction des demandes de paiement et de réduire ainsi les erreurs de facturation.

Les logiciels conçus spécialement pour les chirurgiens-dentistes valident les données et détectent les erreurs de saisie, de codes, de numéro d'assurance maladie, par exemple.

Une liste des fournisseurs de logiciels est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/devlog/fact/dentdev.shtml.

7.1. AVANTAGES DE LA FACTURATION INFORMATISÉE

Rapidité

L'élimination de plusieurs étapes de traitement et la possibilité de corriger rapidement les demandes inexactes accélèrent le paiement des honoraires d'environ dix jours.

Intégrité

Comme les données que traite la Régie sont celles qui lui sont transmises, il n'y a aucun risque d'erreurs de transcription ou de saisie.

Sécurité

Le mode de transmission par Internet (TIP-I) permet non seulement d'éliminer les risques de perte de courrier mais aussi de recevoir une confirmation immédiate de la réception des données.

Efficacité

Vous n'avez plus à signer chaque demande de paiement. Désormais, une seule signature apposée sur le document de facturation imprimé lors de la transmission des données suffit. Qui plus est, la conciliation automatique des états de compte facilite le suivi comptable.

7.2. FORMULAIRES À REMPLIR POUR LA FACTURATION INFORMATISÉE

- **Description du système de facturation informatisée ([formulaire n° 2102](#))**

Ce formulaire fournit à la Régie des renseignements sur le développeur du logiciel retenu ainsi que sur les détails techniques concernant l'ordinateur, le système d'exploitation et la version du logiciel.

La Régie attribuera à votre clinique un numéro d'agence (**AGPxxxxx**) afin de pouvoir identifier la transmission de vos données de facturation.

- **Demande d'accréditation et renseignements pour facturation informatisée (formulaire n° 2404)**

La signature de ce formulaire vous engage solennellement à respecter le Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie.

IMPORTANT : Tous les professionnels d'un groupe ou d'une société qui veulent informatiser la facturation de leurs demandes de paiement doivent signer ce formulaire.

Ce formulaire permet également d'indiquer à la Régie qui (numéro d'agence) sera responsable de la facturation et de la réception des états de comptes pour votre pratique personnelle ou pour la pratique rattachée à vos groupes administratifs le cas échéant.

IMPORTANT : Tous les professionnels d'un groupe ou d'une société qui veulent informatiser la facturation de leurs demandes de paiement doivent remplir et signer ce formulaire.

7.3. ACTIVITÉS RELIÉES À UNE TRANSMISSION

Chronologie des activités de transmission par télécommunication

1. Entrée des données de facturation dans votre ordinateur
2. Constitution d'un lot en utilisant l'option dans votre logiciel
3. Impression du document de facturation avant son envoi à la Régie
4. Signature du document de facturation par le professionnel pour vos dossiers
5. Envoi du lot de demandes de paiement à la Régie
6. Récupération du rapport d'erreur de prévalidation le lendemain de la transmission
7. Demande de l'état de compte à la Régie.

L'accès au réseau peut se faire en tout temps. Des arrêts temporaires peuvent toutefois survenir le soir ou la fin de semaine, lors de l'entretien du réseau.

Note : L'assistance téléphonique est offerte du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 sauf les jours fériés.

Vous avez la **possibilité d'annuler un lot transmis par erreur**, si vous le faites avant 18 h, le jour de l'envoi. Pour ce faire, vous devez accéder au panorama du « Suivi des échanges ».

Le **rapport d'erreur** de prévalidation est disponible le lendemain d'un envoi complété avant 18 h. L'**état de compte** est disponible le jour même de l'émission d'un chèque soit le vendredi de chaque paiement.

Une fois produits, les rapports d'erreur et les états de compte sont disponibles pendant au moins six mois après leur date d'émission. Vous pouvez redemander un rapport ou un état de compte déjà transmis en accédant au panorama du « Suivi des échanges » et en indiquant le statut « à transmettre ». Pour réactiver un rapport ou un état de compte qui ne sont plus accessibles via le panorama du « Suivi des échanges », communiquez avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels.

Votre code d'accès est suspendu après 35 jours de non-utilisation. Pour le réactiver, communiquez avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels.

Votre mot de passe est expiré après 90 jours. Vous pouvez le modifier en ligne. En cas d'oubli du mot de passe, communiquez avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels.

7.4. QUI APPELER EN CAS DE BESOIN?

Facturation informatisée (TIP-I)	
PROBLÈMES	PERSONNES-RESSOURCES
<u>ORDINATEUR, IMPRIMANTE</u>	
Renseignements <ul style="list-style-type: none">Fonctionnement et utilisation	Contactez votre fournisseur d'équipements
<u>LOGICIELS</u>	
Renseignements <ul style="list-style-type: none">Fonctionnement ou utilisationModifications	Contactez votre fournisseur de logiciel
<u>INTERNET</u>	
<ul style="list-style-type: none">Information relative à votre contrat	Contactez votre fournisseur de service Internet
<ul style="list-style-type: none">Accès à la Régie	
<ul style="list-style-type: none">- si vous pouvez accéder à d'autres sites sur Internet	Contactez le Centre d'information et d'assistance aux professionnels <i>(voir les coordonnées sur la page suivante)</i>
<ul style="list-style-type: none">- si vous ne pouvez accéder à aucun site	Contactez votre fournisseur de service Internet
<u>IDENTIFIANTS</u>	
<ul style="list-style-type: none">Identifiant TIP-I verrouillé	Contactez le Centre d'information et d'assistance aux professionnels <i>(voir les coordonnées sur la page suivante)</i>
<ul style="list-style-type: none">Identifiant MACHINE verrouillé	Contactez votre fournisseur de logiciel
<u>MOT DE PASSE</u>	
<ul style="list-style-type: none">Violation du mot de passeOubli du mot de passe	Contactez le Centre d'information et d'assistance aux professionnels <i>(voir les coordonnées sur la page suivante)</i>

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- Inscription du professionnel
- Formulaires à remplir
- Aide à la compréhension des données inscrites sur les états de compte
- Information sur la facturation informatisée

Régie – Centre d’information et d’assistance aux professionnels

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

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

- Problèmes de performance du réseau
- Incapacité de transmettre ou de recevoir des données
- Mot de passe invalide
- Confirmation de réception et de traitement des envois
- Confirmation de la disponibilité des états de compte

Courriel :
 services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Site Internet :
www.ramq.gouv.qc.ca

7.5. AIDE-MÉMOIRE

Complétez les informations concernant votre système de facturation informatisée.
Ayez toujours sous la main ces renseignements lorsque vous appelez à la Régie.

Votre numéro d’agence : AGP _____

Fournisseur de logiciel : _____ Téléphone : () ____ - _____

Fournisseur Internet : _____ Téléphone : () ____ - _____

N° compte administratif (ou groupe), s’il y a lieu : _____

Identification des chirurgiens-dentistes de la clinique

<u>Nom</u>	<u># pratique</u>	<u>Nom</u>	<u># pratique</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____