

### 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

## DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE (1670) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (2076)

### 3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes le formulaire *Demande de paiement – Dentiste (acte)* (1670) et le formulaire *Demande de remboursement de la personne assurée* (2076).

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

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

#### **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

Remplir les formulaires en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, n<sup>o</sup> de surface, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

- # Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi le 6 janvier 20AA s'écrit AA-01-06.

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

## 3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1670)

La demande de paiement comporte six sections :

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RÉSIDENTIEL DE LA CARTE		①		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR		④	
ADRESSE RUE		CODE POSTAL		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
INIT		NOM DU DENTISTE		④	
NUMÉRO		GROUPE		ACTE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		DENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		SURFACE	
③		CABRÉ DENTAIRE <input type="checkbox"/> 521.0		RÔLE	
		AUTORISATION NUMÉRO		MODIF	
		ÉTÉ NORDAL <input type="checkbox"/> V90.9		UNITÉS	
		DATE ANNÉE MOIS JOUR		HONORAIRES	
		AUTRE		C.S.	
ÉTABLISSEMENT CODE		DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		⑥	
⑤		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
				TOTAL	

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, CS
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.

## 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

### 3.2.1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

#### 3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissibles aux services de chirurgie buccale.

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 292 - 0309	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 8203 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire				DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 3				EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	DATE DE NAISSANCE 82 03 09 M		EXPIRATION		ACTE DENT SURAGE BÔLE MOÛS UNITES HONORAIRES	
	ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)				CODE POSTAL W 1 G 4 K 4	
	INT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR			SON NUMÉRO		
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE <input type="checkbox"/> S21.0 ÉTAT NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> V90.9 AUTRE C.S.		AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR	
	ÉTABLISSEMENT CODE		DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR	
	SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					TOTAL

SPÉCIMEN

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- le nom de l'époux (cette donnée est facultative);
- le numéro séquentiel de la carte;
- la date d'expiration de la carte d'assurance maladie ;
- la date de naissance et le sexe de la personne assurée;
- l'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.

3.2.1.2 Prestataires d'une aide financière de dernier recours

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 (03/99)	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 5804 1219		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire				DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 4				EXPIRATION	
	DATE DE NAISSANCE 58 04 12 M				ACTE DENT SURFACE RÔLE MODR UNITES HONORAIRES	
	ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)				CODE POSTAL W 1, G 4, K, 4	
	RAT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES # 5432		CODE DU DIAGNOSTIC S21.0		AUTORISATION NUMÉRO	
	ÉTAT NORMAL V90.9		DATE ANNEE MOIS JOUR		SPÉCIMEN	
	AUTRE C.S.					
CODE		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR		
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS						TOTAL
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE						

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

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

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

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

***B- LE PRESTATAIRE D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS NE PEUT PRÉSENTER SON CARNET DE RÉCLAMATION :***

- # - le prestataire doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (section 3.4 du présent onglet) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

## 3.2.2 IDENTITÉ DES PROFESSIONNELS

## 3.2.2.1 Dentiste traitant

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0399	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		ACTE DENT SURFACE RÔLE MODR UNITES HONORAIRES	
	ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS			
	ADRESSE		CODE POSTAL			
	INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
	R UNTEL		2072056		12345	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION NUMÉRO	
		CARIÉ DENTAIRE				
		<input type="checkbox"/> 521.0				
		ÉTAT NORMAL		DATE ANNÉE MOIS JOUR		
		<input type="checkbox"/> V90.9				
		AUTRE				
		C.S.				
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE		
CODE		ANNÉE MOIS JOUR				
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		TOTAL		
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR				

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

L'identification du dentiste ne doit comporter aucune erreur.

## 3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 202 - 0399	0000 NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			DATE DES SERVICES	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE MOIS JOUR	
	ADRESSE			CODE POSTAL	
	RNT. NOM DU DENTISTE			NUMÉRO	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR			SON NUMÉRO	
	R. GÉNÉRALISTE			207890	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			NUMÉRO	
	ÉTAT NORMAL			DATE ANNÉE MOIS JOUR	
AUTRE			C.S.		
ÉTABLISSEMENT			JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
DATE D'ENTRÉE			ANNÉE MOIS JOUR		
DATE DE SORTIE			ANNÉE MOIS JOUR		
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE			<b>TOTAL</b>		

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

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

## 3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE (C.S.)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DEL L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉNENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				ACTE DENT SURFACE FOLDS MOIS UNITES HORAIRES	
ADRESSE				CODE POSTAL	
RNT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Suite du no. 5432		CARE DENTAIRE		NUMÉRO	
		<input type="checkbox"/> 521.0		DATE	
		ÉTAT NORMAL		ANNÉE MOIS JOUR	
		<input type="checkbox"/> V90.9		AUTRE	
		5,2,0,6A,B		C.S.	
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
				TOTAL	

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

## 3.2.3.1 Diagnostic principal

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

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

## 3.2.3.2 Renseignements complémentaires

- # Tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile doit être inscrit dans cette case pour permettre l'appréciation de la demande de paiement tel : séances différentes la même journée, relation entre les actes, etc.

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

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



### 3.2.3.3 Considération spéciale (C.S.)

#### Instructions

Inscrire la ou les lettres appropriée(s) dans la case C.S., lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'**annexe III**, sous le présent onglet, sont rencontrées.

Lettre A et règle d'application 1.2 c) :

Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **A** » dans les circonstances sans incidence monétaire et la lettre « **N** » dans le cas de la règle d'application **1.2 c)** doivent être fournis dans la section *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire* (1944). Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamais agraffer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

Règle d'application 1.2 a) et b) :

Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **N** » dans les cas relatifs à la règle d'application **1.2 a) et b)** doivent être fournis en utilisant le formulaire *Document complémentaire* (1944). Ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamais agraffer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.

#### Abandon du traitement d'une prothèse acrylique

- # Inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S., les honoraires demandés et les renseignements appropriés (ex. : la raison de l'abandon, les frais de laboratoire engagés, la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans la section *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire* (1944). Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamais agraffer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.4.8 de cet onglet.
- # Utiliser les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

#### Remplacement d'une prothèse faisant suite à une chirurgie buccale

Inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse à la suite d'une chirurgie buccale.

Voir Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article **31 D** du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

#### Demandes de paiement accompagnées d'un cliché radiologique

Agraffer le cliché sur le document complémentaire dûment rempli. Selon le cas, inscrire « **A** » ou « **N** » selon le cas dans la case C.S. de la demande de paiement et joindre à cette dernière le document complémentaire à l'aide d'un trombone.

#### Refacturation

Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section 7.5 sous l'onglet *Paiement à l'acte - Messages explicatifs*.

## 3.2.4 SERVICES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Règle de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

RENOM ET NOM À LA NAISSANCE  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE  
 DATE DE NAISSANCE  
 ANNEE | MOIS | JOUR | SEXE  
 EXPIRATION  
 ANNEE | MOIS

DATE DES SERVICES  
 ANNEE MOIS JOUR  
 1 3 | 0 4 | 0 1

ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITÉS HONORAIRES  
 2 1 1 0 1 8 5 1 0 1 0 4 1 23:00

ADRESSE CODE POSTAL

PRÉF. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES  
 CODE DU DIAGNOSTIC NUMÉRO AUTORISATION  
 521.0  
 ÉTAT NORMAL DATE  
 V90.9 ANNEE MOIS JOUR  
 AUTRE C.S.

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

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0339

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

**SPÉCIMEN**

TOTAL 23:00

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

## 3.2.4.1 Date des services :

Inscrire la date (six chiffres) soit l'année, le mois et le jour.

**Remarque :** Utiliser une demande de paiement pour chaque date de service. Dans les cas de fabrication initiale ou de remplacement de prothèses dentaires acryliques, inscrire la date de la **mise en bouche**.

## 3.2.4.2 InSCRIPTION des services :

Un maximum de **huit codes d'acte** par demande de paiement peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants, **s'il y a lieu** :

- **Code de l'acte (cinq chiffres) :** correspondant à la nomenclature des actes sous l'onglet *Règles d'application du tarif*;
- **Numéro de la dent (deux chiffres) :** la numérotation des dents figure à l'Annexe VI;
- **Numéro de la surface (deux chiffres) :** voir la Règle d'application 4.7;
- **Rôle (un chiffre) :** approprié à chacun des actes réclamés, la liste des rôles figure à l'Annexe I de la présente section;
- **Modificateur (MODIF. : trois chiffres) :** la liste des modificateurs figure à l'annexe II de la présente section;
- **Unités (deux chiffres) :** nombre d'unités;
- **Honoraires :** correspondant au code d'acte, compte tenu du modificateur et des unités;

**Remarque :** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte.

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

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

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

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

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

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

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

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

#

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0399

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		DATE DES SERVICES		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RESIDENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTE DENT SURFACE FOLI MOIS UNITES HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		1 7   0, 4   0, 3		5 1 1 2, 0 956,25	
ADRESSE		EXPIRATION			
ANNEE MOIS JOUR SEXE		CODE POSTAL			
RNT		NOM DU DENTISTE		NUMERO GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMERO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Bris		CARTE DENTAIRE		NUMERO	
		<input type="checkbox"/> 521.0		DATE	
		ETAT NORMAL		ANNEE MOIS JOUR	
		<input type="checkbox"/> V90.9			
		AUTRE		C.S.	
				R	
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE CERTIFIÉ AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		956,25	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		TOTAL	
				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	

Dans les cas suivants :

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

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

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

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

- 1 remplacement et une nouvelle prothèse;

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

## # MÉTHODE DE CALCUL

Le code d'acte 51120 ou le code d'acte 52260 représente 2 prothèses.

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

Exemple : 51120 = 1 275,00 \$ divisé par 2 = 637,50 \$.

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

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

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

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

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

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

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RESIDENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				1 3   0, 4   0, 1	
ADRESSE				EXPIRATION	
CODE POSTAL				ACTE DENT SURFACE RÔLE MODE UNITES HONORAIRES	
INIT. NOM DU DENTISTE				5, 1, 1, 0, 0	
NUMÉRO					
GROUPE					
CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				AUTORISATION	
Bris				NUMÉRO	
CODE DU DIAGNOSTIC				DATE	
CARIÉ DENTAIRE				ANNÉE MOIS JOUR	
<input type="checkbox"/> S21.0					
ÉTAT NORMAL				C.S.	
<input type="checkbox"/> V90.9				R	
AUTRE					
ÉTABLISSEMENT				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE				349.50	
DATE D'ENTRÉE				TOTAL	
ANNÉE MOIS JOUR					
DATE DE SORTIE				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
ANNÉE MOIS JOUR					

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

## Instruction de facturation

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

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

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCUDIENNE DE LA CARTE		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR 1 3 0 4 0 1	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ADRESSE		CODE POSTAL		ACTE DENT SURTAGE PÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
5 1 1 2 1		932/25			
INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Bris et remplacement, suite à une chirurgie buccale. Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.		CARTE DENTITAIRE <input type="checkbox"/> 521.0		NUMÉRO	
		ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR	
		AUTRE A R		C.S.	
				932/25	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
				932/25	
				TOTAL	

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 252 0399

SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale
- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse
- 2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale
- Pour la facturation d'un remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse ou pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants :
  - 51121**, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
  - 52261**, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

**Remarque :** Dès l'instant où on remplace des prothèses de catégories différentes, on facture avec les codes respectifs de chaque catégorie.

- Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52250 ou 52251, 51100 avec 52251, 51111 avec 52240 ou 52241, 51110 avec 52241

- # - À la suite d'une chirurgie buccale, si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, le **code 51121** ou **52261** doit être utilisé. Inscire les lettres « **A** » et « **R** » dans la case C.S. Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. **L'original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

## MÉTHODE DE CALCUL

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

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

Exemple : 51121 = 1 243,00 \$ divisé par 2 = 621,50 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut 621,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 621,50 et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 621,50 \$ divisé par 2 = 310,75 \$.

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

Valeur de la prothèse suite à une chirurgie buccale payable à 100 % .	621,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 % . . . . .	310,75 \$
<b>TOTAL du code d'acte 51121 . . . . .</b>	<b>932,25 \$</b>

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



## 3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RESIDENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR 1 3   0 4   0 1	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE		ANNÉE   MOIS		ACTE   DENT   SURFACE   SOLÉ   MODIF   UNITÉS   HONORAIRES	
ADRESSE		CODE POSTAL		5,1,1,0,1	
RNT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		699,00	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Remplacement, suite à une chirurgie buccale. Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.		CARTÉ DENTAIRE <input type="checkbox"/> S21.0		NUMÉRO	
		ÉTR/NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE	
		AUTRE		ANNÉE MOIS JOUR	
		C.S.		A	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
				TOTAL	

Inscrire la lettre « **A** » dans la case *C.S.* et préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse suite à une **chirurgie buccale**.

- # Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de l'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite. **L'original** de l'autorisation dûment signée doit être conservé dans le dossier du prestataire.

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

La lettre « Q » permet au dentiste 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

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION

ADRESSE | CODE POSTAL

RIT: NOM DU DENTISTE | NUMÉRO | GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR | SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

ÉTAT NORMAL  521.0  
AUTRE  V90.9

ÉTABLISSEMENT

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

DATE DES SERVICES

ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR

1 | 5 | 0 | 4 | 0 | 1

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7,7,3,1,0			4	0,5,0		306:19
7,7,4,1,1			4	0,5,0		93:93
7,7,1,2,1			4	0,5,0		105:84
7,7,1,2,1			4	0,5,0		105:84
7,7,4,5,2			4	0,5,0		69:33
7,9,9,0,0			4	0,5,0		25:50
7,1,4,0,1	1,3		4	0,5,0		10:47
7,1,4,1,1	2,4		4	0,5,0		7:34
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS						<b>724:44</b>
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE						<b>TOTAL</b>

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

0000 ■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION

ADRESSE | CODE POSTAL

RIT: NOM DU DENTISTE | NUMÉRO | GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR | SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

ÉTAT NORMAL  521.0  
AUTRE  V90.9

ÉTABLISSEMENT

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

DATE DES SERVICES

ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR

1 | 5 | 0 | 4 | 0 | 1

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7,2,3,2,0	4,6		4	0,5,0		18:44
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS						<b>18:44</b>
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE						<b>TOTAL</b>

À noter que l'exemple de facturation est présenté en fonction d'un rôle 4 (voir règle d'application 6.8).

## # 3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire 1944)

Régie de  
l'assurance-maladie  
Québec

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 292 1504

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

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

# Lors de l'impression du document, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- 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**

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

DATE DE NAISSANCE

EXPIRATION

DATE DES SERVICES

ACTE DENT SURFACE FOLE MOSE UNITES HONORAIRES

ADRESSE ANNÉE MOIS JOUR SEXE I CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

AUTORISATION

CARTE DENTAIRE 521.0

ÉTAT NORMAL DATE ANNÉE MOIS JOUR

V90.9

ALTRÉ C.S.

ÉTABLISSEMENT

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

0,2,4,3,3,3 0,9,0,6,0,1 0,9,0,6,0,1

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE TOTAL

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 202 03/99

- 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.

En cabinet, ne rien inscrire sauf pour les cliniques privées d'anesthésie générale (règle 1.4 du Tarif).

## 3.2.6 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE - 1670 - 03/99	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		<input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34			
	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES				SPÉCIMEN	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR					
	DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION					
	ADRESSE				CODE POSTAL					
	INIT.		NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE			
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO					
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION		NUMÉRO		
	<input type="checkbox"/> 921.0 <input type="checkbox"/> V90.9 AUTRE			C.S.		DATE		ANNÉE MOIS JOUR		
	ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS <i>R. Hntel</i> SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE			TOTAL
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR						

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le dentiste qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec le paragraphe 1 de l'article 10 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. Le dentiste peut obtenir de la Régie les formules prévues à cette fin.

- # **Remarque :** Les estampes, l'écriture en lettres détachées ainsi que les initiales ne sont pas acceptées pour la signature.

## 3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du dentiste et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie. Les demandes de paiement en format continu doivent être détachées l'une de l'autre avant l'envoi.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes spécialement fournies à cette fin ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement. Les envoyer pas plus d'une fois par semaine mais au moins une fois par mois.


**Toujours vous assurer que vos envois sont suffisamment affranchis et ne pas oublier d'inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.** Seules les demandes de paiement et les documents complémentaires s'y rapportant doivent être adressés à :

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

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE  
(formulaire n° 2076)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE									
PRÉNOM ET NOM A LA REMPLISSANCE N° DE SERVICE ET/OU N° SEQUENTIEL DE LA CARTE					NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE				
DATE DE NAISSANCE					ANNEE MOIS JOUR SEXE				
ACTIF/BIEN					EXPIRATION				
INT NOM DU DENTISTE					NUMERO GROUPE				
CONSULTATION DEMANDÉE PAR					SON NUMERO				
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES					CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTURE <input type="checkbox"/> S21.0 <input type="checkbox"/> V90.9		AUTORISATION NUMERO DATE ANNEE MOIS JOUR		
ÉTABLISSEMENT					DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR				
DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR					CODE				
A L'USAGE DE LA RÉGIE									
DATE DES SERVICES ANNEE MOIS JOUR									
ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES									
SPÉCIMEN									
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS									
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE									TOTAL
<p><b>Directives pour la personne assurée</b></p> <p>Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré.</p> <p>1) Vérifiez que le dentiste a bien signé la partie du haut et qu'il a soigneusement inscrit les renseignements requis.</p> <p>2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et sélectionnez les directives appropriées.</p> <p>3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.</p> <p>4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le dentiste.</p> <p>* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.</p>									
<p><b>Situation à l'origine de la demande</b></p> <p>Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'envoyer la demande de remboursement à la Régie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vous carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :</b> Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.</li> <li>• <b>Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté :</b></li> <li>• <b>Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :</b> Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.</li> <li>• <b>Vous carte d'assurance maladie est expirée :</b> Si ce n'est déjà fait, communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.</li> <li>• <b>Vous carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :</b> Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.</li> </ul>									
<p><b>Note</b> - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.</p>									
<b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b>					<b>Adresse pour l'envoi du chèque</b>				
NOM					<input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE				
PRÉNOM					NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE				
NUMERO RUE		APP VILLE			NUMERO RUE		APP VILLE		
PROVINCE <b>Q u é b e c</b>					PROVINCE				
CODE POSTAL					CODE POSTAL				
<p><b>Signature de la personne assurée</b></p> <p>Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;">X</p> <p>Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :</p> <p>NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES</p> <p>MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/></p> <p>DATE ANNEE MOIS JOUR</p> <p>TELEPHONE AU DOMICILE (NO REGIONAL)</p> <p>TELEPHONE AU TRAVAIL (NO REGIONAL)</p>									
2076 292 07/04									
EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE									

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE					
Guide de rédaction de la partie à remplir par le dentiste					
<p>Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), 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>					
<p><b>1. 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).</p> <p>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).</p>					
<p><b>2. Remettre à la personne assurée :</b></p> <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>					
<p><b>3. 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).</p> <p>Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».</p>					
<p><b>Rappel</b></p> <p>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 border="0"> <tr> <td> <p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : <b>418 646-4636</b></p> <p>Montréal : <b>514 864-3411</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 561-9749</b></p> <p>..... www.ramq.gouv.qc.ca</p> </td> <td> <p><b>Par ATS :</b></p> <p>(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : <b>418 682-3939</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 361-3939</b></p> </td> <td> <p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Case postale 6600</p> <p>Québec (Québec) G1K 7T3</p> </td> </tr> </table>			<p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : <b>418 646-4636</b></p> <p>Montréal : <b>514 864-3411</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 561-9749</b></p> <p>..... www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p><b>Par ATS :</b></p> <p>(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : <b>418 682-3939</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 361-3939</b></p>	<p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Case postale 6600</p> <p>Québec (Québec) G1K 7T3</p>
<p><b>Par téléphone</b></p> <p>Québec : <b>418 646-4636</b></p> <p>Montréal : <b>514 864-3411</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 561-9749</b></p> <p>..... www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p><b>Par ATS :</b></p> <p>(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : <b>418 682-3939</b></p> <p>Ailleurs au Québec, sans frais : <b>1 800 361-3939</b></p>	<p><b>Par la poste :</b></p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Case postale 6600</p> <p>Québec (Québec) G1K 7T3</p>			
<p>Régie de l'assurance maladie Québec </p>					

- faire payer à la personne les services rendus selon le tarif et les codes d'acte prévus au *Manuel des dentistes* publié par la Régie (onglet 12. *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 d'autorisation de prothèse dentaire acrylique
- Annexe V = Numéro d'établissement
- Annexe VI = Numérotation des dents
- 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 IX = Liste des cliniques de douleur chronique rattachée à un centre de douleur chronique reconnu par le MSSS et liste des cliniques d'apnée du sommeil reconnues par le MSSS.

**ANNEXE I :  
LISTE DES RÔLES**

RÔLE 1 :  
Dentiste responsable de l'acte.

RÔLE 4 :  
Dentiste assistant.



**ANNEXE II :**  
**LISTE DES MODIFICATEURS**

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

	<b>MODIF.</b>
<b>RÈGLE GÉNÉRALE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 1.1	
Dentiste fournissant des services en centre hospitalier avec le concours d'un ou de dentistes résidents dans un programme visé . . . . .	<b>008</b>
RÈGLE D'APPLICATION 1.4	
Tous les actes posés sous anesthésie générale sont rémunérés à cent pour cent (100 %) du tarif établi. . . . .	<b>041</b>
<b>CHIRURGIE</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 6.3	
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 dentiste qui a pratiqué l'acte chirurgical est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical. . . . .	<b>013</b>
Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical . . . . .	<b>014</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.4	
Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne assurée par le même dentiste au cours d'une même séance, les actes secondaires sont rémunérés à 50 % . . . . .	<b>050</b>
RÈGLE D'APPLICATION 6.6	
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>
<b>S</b>	
RÈGLE D'APPLICATION 6.8	
Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le dentiste requiert l'assistance d'un autre dentiste ou d'un chirurgien buccal, 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>

## RÈGLE D'APPLICATION 6.27

Mise en place ou ablation de plusieurs attelles dans une même séance; la prestation correspond à 50 % du tarif fixé pour les attelles les moins rémunérées . . . . . **045**

**AUTRES SITUATIONS**

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

Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte et qu'aucun modificateur multiple ne s'applique . . . . . **099**  
(Inscrire les modificateurs visés dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*)

**MODIFICATEURS MULTIPLES**

## INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 045 - 093)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 631) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,5000)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

<b>Combinaison de modificateurs</b>	<b>Modificateur multiple</b>	<b>Constante (Facteur de multiplication)</b>
<b>008 - 050 - 093</b>	<b>449</b>	0,5000
<b>008 - 050</b>	<b>450</b>	0,5000
<b>008 - 093</b>	<b>451</b>	1,0000
<b>045 - 093</b>	<b>631</b>	0,5000
<b>050 - 093</b>	<b>086</b>	0,5000

## ANNEXE III :

## LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION :

**A :** - Renseignements complémentaires ou document afférent, sans incidence monétaire.

- Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale.

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

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

**B :** - Refacturation après annulation ou refus de paiement.

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

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et admise dans un centre d'hébergement et de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins prolongés.

**Remarque :** Si le service est rendu au bureau du dentiste, inscrire le numéro de l'établissement où la personne assurée est admise dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation et admis dans un centre d'hébergement et de longue durée pour y recevoir des soins prolongés.

**D :** - Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la date de fin de la période de validité.

- Prestataire d'une aide financière de dernier recours requérant des soins urgents pour qui les services suivants et leur examen préalable ne sont pas assujettis au délai de carence :
  - ablation de dent ou de racine;
  - ouverture de la chambre pulpaire;
  - incision ou drainage d'un abcès;
  - alvéolite;
  - contrôle d'hémorragie;
  - réparation d'une lacération de tissu mou;
  - réduction d'une fracture alvéolaire;
  - immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
  - réimplantation d'une dent complètement exfoliée.

**E :** - Dentiste habituellement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, devant être rémunéré à l'acte.

**J :** - Personne soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

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

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

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

**Remarque :** Voir la Règle d'application 1.2.

**Q :** - Indicateur précisant que le **même service** est rendu plus d'une fois le même jour à une personne assurée et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes, s'il y a lieu (voir instructions de facturation, section 3.2.4.7).

**R :** - Remplacement d'une prothèse complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans, dans les cas de perte ou de bris irréparable; l'aide permise est alors égale à la moitié du tarif prévu.

**Remarque :** Voir 3.2.4.4 ou 3.2.4.5 du présent onglet.

- Préciser dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
- Facturer les honoraires à 50 % du tarif.

**Remarque :** Lorsque le remplacement d'une prothèse fait suite à une chirurgie buccale, référer à la lettre « **A** ».

ANNEXE IV :  
FORMULAIRE DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES



Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire

Numéro d'autorisation ▶

Numéro de dossier (CP-12)

Centre local d'emploi

Téléphone :

**SPÉCIMEN**

**Notes** – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.  
– Lorsque le formulaire est imprimé électroniquement le nom de l'agent responsable de l'autorisation s'inscrit en caractères d'imprimerie.

**Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout d'une structure.**

La présentation du carnet de réclamation (carte-médicaments – SR-0009) permet d'obtenir le service.

**Demande du prestataire**

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

pour moi-même ou

pour un membre de ma famille : \_\_\_\_\_  
(Indiquez le nom.)

**La prestation spéciale demandée est :**

Une prothèse initiale ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût d'achat a été assumé par le Ministère** et en usage depuis plus de huit ans ou le remplacement d'une prothèse dont le **coût n'a pas été assumé par le Ministère.**

Remplacement à la suite d'une chirurgie buccale *(sur recommandation écrite d'un chirurgien buccal ou d'un dentiste)*

Remplacement à la suite d'une **perle ou d'un bris** ▶ *En cas de perte ou de bris irréparable, le coût de ce remplacement sera assumé par le Ministère jusqu'à concurrence de la moitié du tarif prévu. Il est à noter que la différence sera payée par le prestataire.*

**Le service demandé est :**

Supérieure      Inférieure      Les deux

UNE PROTHÈSE COMPLÈTE

UNE PROTHÈSE PARTIELLE

UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du prestataire

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

**Autorisation du centre local d'emploi**

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

Remarques :

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

**IMPORTANT :**

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

\_\_\_\_\_  
Date d'émission de l'autorisation

\_\_\_\_\_  
Agent responsable de l'autorisation

**Réservé au Ministère**

Transaction		Famille		Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille				Numéro d'assurance maladie du membre de la famille			
A S P D											
Type		Codes de besoin		Supérieure		Inférieure		Les deux			
A – Annulation				Confection, aménagement, bris ou perte		Chirurgie buccale		Confection, aménagement, bris ou perte		Chirurgie buccale	
R – Remplacement				51100		51101		51110		51111	
E – Émission				52240		52241		52250		52251	
NUMÉRO D'AUTORISATION				56100		—		56101		—	
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS											
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale											

SR-0106 (10-2012)

**ANNEXE IV :**  
*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 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 (exemple : 1 = Clinique externe).

II Système de codifications 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	Clinique d'urgence
	0XXX8	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 des services sociaux :	944XX	CISSS, CIUSSS
• Cliniques privées :	51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire

ANNEXE VI :  
NUMÉROTATION DES DENTS

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

**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.



ANNEXE VII :  
LISTE DES CLINIQUES PRIVÉES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Code d'établissement	Clinique
51332	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal QC H3P 2V9
51302	Clinique d'anesthésie dentaire de Montréal 6863, des Angevins Anjou QC H1K 3R4
51402	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon, bureau 200 Saint-Léonard QC H1S 1N1
51412	Soins dentaires sous anesthésie générale 2012, chemin Tenth Line Orléans ON K4A 4X4
# 51422	Opéra M.D.inc. 725, boulevard Lebourgneuf, suite 503 Québec QC G2J 0C4

## ANNEXE VIII :

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN  
ANNUEL DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES

Établissement	Numéro d'établissement
Hôpital Notre-Dame du CHUM	0020X
Hôpital général de Montréal	0018X
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	0011X
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0015X
Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)	0204X
CHU de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont	0116X
Hôpital de Chicoutimi	0247X
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie	0183X
Hôpital de Gatineau	0769X
Hôpital régional de Rimouski	0334X
Hôpital Charles-LeMoynes	0095X
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	0044X
Hôpital de Montréal pour enfants	0017X
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	0034X

## # ANNEXE IX :

*LISTE DES CLINIQUES DE DOULEUR CHRONIQUE RATTACHÉES À UN CENTRE DE DOULEUR CHRONIQUE RECONNU PAR LE MSSS ET LISTE DES CLINIQUES D'APNÉE DU SOMMEIL RECONNUES PAR LE MSSS*

*Liste des cliniques de douleur chronique rattachée à un centre de douleur chronique reconnu par le MSSS*

**AVIS** : La Liste des cliniques de douleur chronique rattachées à un centre de douleur chronique reconnu est mise à jour en continu et disponible sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/listes-en-continu](http://www.ramq.gouv.qc.ca/listes-en-continu).

*Liste des cliniques d'apnée du sommeil reconnues par le MSSS*

**AVIS** : La Liste des cliniques d'apnée du sommeil reconnues est mise à jour en continu et disponible sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/listes-en-continu](http://www.ramq.gouv.qc.ca/listes-en-continu).