

2. PERSONNES ASSURÉES

2.0 AVANT-PROPOS

A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

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

B. SERVICES DENTAIRES

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

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

2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour une raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour une raison d'ordre médical.

2.1.4 Vérification de la carte (Validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**

1- Vérification de la photo et de la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

2- Vérification de la date d'expiration

- a) *Si la date d'expiration est postérieure à la date des services*

Utiliser la *Demande de paiement - dentiste* (n° 1670) pour facturer les services rendus.

- b) *Si la date d'expiration est antérieure à la date des services*

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé au tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *REMUNÉRATION À L'ACTE*), et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :**

- # a) *L'enfant est âgé de moins d'un an;*

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

- **Exception** : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case *C.S. (même s'il s'agit d'un cas d'urgence)*;

- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case)*.

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

- # b) *La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.
- # c) *La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 », « 1 » ou « 2 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir le paragraphe 3.5 – Annexe V de l'onglet Rémunération à l'acte) :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.
- # d) *Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues à la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS :*
- Vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
- #
- inscrire le numéro d'assurance maladie figurant sur la lettre de la Régie;
 - inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.

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.

En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires. Le professionnel lui remboursera la somme lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. Ne pas remettre de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076).

2- Dans tous les autres cas (sauf pour le revendicateur du statut de réfugié) :

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) qui le concerne. Il le remet ensuite à la personne qui doit remplir la section la concernant et envoyer le formulaire à la Régie.

2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

2.2.1 Description du carnet de réclamation :

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours détiennent un **carnet de réclamation** qui leur donne droit aux services dentaires assurés. Ils doivent le présenter au chirurgien buccal et maxillo-facial chaque fois qu'ils reçoivent un tel service. Le carnet comporte deux volets.

Le **volet de gauche** du carnet identifie le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères), la période de validité du carnet et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

Le **volet de droite** identifie, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de services dentaires.

Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**, dans la case *Référence*.

Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué.

2.2.2 Vérifications à effectuer avant de rendre un service :

Lorsque **le prestataire ne peut présenter son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation est expiré**, il 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^o 2076) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *REMUNÉRATION À L'ACTE*) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les renseignements suivants :

- la **période de validité du carnet de réclamation à la date des services**;
- # - l'**admissibilité aux services dentaires** par la présence de la mention « OUI » dans la case *Soins dentaires couverts* ou aux **services de prothèses dentaires acryliques** par la présence de la mention « SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE : OUI » à la case *Message*.

Si **le prestataire est soumis au délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques, la mention « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » figure dans la case *Soins dentaires couverts* de son carnet, ainsi que les mentions « SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE » et « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » à la case *Message*.

Avant ces dates, aucun service n'est payable sauf les services suivants et leur examen préalable **rendus en urgence**. (Réf. : article 36.1 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*) :

- 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.

AVIS : *Pour les prestataires soumis à un délai de carence, lorsque fait le même jour, les services et leur examen préalable, doivent être facturés sur une même demande de paiement. Vous devez inscrire la lettre « D » dans la case C.S. L'examen d'urgence non suivi d'un des services énumérés ci-dessus n'est pas payable et sera donc refusé.*

- la **période de validité de la carte d'assurance maladie** :

- le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide : remplir une demande de paiement pour le service rendu;
- le prestataire ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide : vous référer à la section 2.1.4 *Vérification de la carte* (validité) de l'onglet **PERSONNES ASSURÉES**.

2.2.3 Revendicateur du statut de réfugié :

Lorsque la mention « Document de CIC requis » est présente dans la case *Message* du carnet de réclamation, vérifier si le prestataire détient une carte d'assurance maladie :

- lorsqu'il ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide, la Régie ne paie pas le coût des services;
- lorsqu'il présente une carte d'assurance maladie valide, vérifier au volet de gauche du carnet, s'il est admissible aux soins dentaires et aux prothèses dentaires :
 - s'il est admissible à la date du service : remplir une demande de paiement pour les services;
 - s'il n'est pas admissible à la date du service : la Régie ne paie pas le coût des services.

Les services rendus en urgence et leur examen préalable ne peuvent être facturés pour le revendicateur du statut de réfugié qui ne détient pas de carte d'assurance maladie.