

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

DEMANDE DE PAIEMENT DU CHIRURGIEN BUCCAL (*formulaire n° 1670*) **ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE** (*formulaire n° 2076*)

3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les chirurgiens buccaux rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement – Spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (acte)* (n° 1670) et le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 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* (n° 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 le formulaire en lettres détachées.

Toute erreur ou omission (date, n° de surface, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le deux janvier 20AA s'écrit AA-01-02.

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

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 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 (1)
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE
 DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE
 ADRESSE CODE POSTAL
 DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR (4)
 ACTE DENT SURRABI POLI MODIF UNITES HONORAIRES
 EXEMPLAIRE DU DENTISTE
 INT. NOM DU DENTISTE (2) NUMÉRO GROUPE
 CONSULTATION DEMANDÉE-RÉG. (2) SON NUMÉRO
 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (3)
 CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTURE 521.0
 ÉTAT NORMAL V90.9
 AUTRE C.S. (3)
 ÉTABLISSEMENT (5)
 CODE DATE D'ENTRÉE ANNÉE | MOIS | JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE | MOIS | JOUR
 JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS (6)
 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE
 TOTAL

1. Identité de la personne assurée
2. Identité du chirurgien buccal 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 chirurgien buccal 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 CHIRURGIEN BUCCAL 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 332 0369	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		BENP 7603 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire				DATE DES SERVICES		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				2 0 1 0 0 3		ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE				76 03 09 M		ANNÉE MOIS JOUR SEXE	
	ADRESSE				100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODE POSTAL	
	EXPANSION				W 1 G 4 K 4		ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
	INIT. NOM DU DENTISTE				NUMÉRO		GROUPE	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE <input type="checkbox"/> 521.0		AUTORISATION NUMÉRO	
	AUTRE				C.S.		DATE ANNEE MOIS JOUR	
ETABLISSEMENT				DATE DE SORTIE		TOTAL		
CODE				ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS								
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 (facultatif);
- le numéro séquentiel de la carte;
- la date d'expiration de la carte d'assurance maladie (l'année d'expiration peut comporter 2 ou 4 chiffres);
- 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 Prestataire d'une aide financière de dernier recours

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1870 332 0399	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		BENP 7603 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		Pierre Bénéficiaire		DATE DES SERVICES		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		2 0 1 0 0 4		ANNÉE MOIS JOUR		ACTE DENT SURTAGE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
	DATE DE NAISSANCE		40 04 12 M		EXPIRATION			
	ADRESSE		100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODE POSTAL		W 1 G 4 K 4	
	INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		GROUPE			
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO					
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION		SPÉCIMEN	
			CARE DENTAIRE		NUMÉRO			
			ÉTAT NORMAL		DATE			
		V90.9		ANNÉE MOIS JOUR				
		AUTRE		C.S.				
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
		DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE		
						TOTAL		

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 : numéro civique, nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), 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 acrylique dentaire (voir l'exemple du formulaire à l'annexe V, 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 Chirurgien buccal traité

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU DU SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE		EXPIRATION ANNÉE MOIS		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ADRESSE		CODE POSTAL		ACTE	DENT
INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO	GRUPE	SURFACE	RÔLE
R	UNTEL	2072056	12345	MOIS	UNITES
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		HONORAIRES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC	AUTORISATION	SPÉCIMEN	
		CARTE DENTISTE <input type="checkbox"/> S21.0	NUMÉRO		
		ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9	DATE ANNÉE MOIS JOUR		
		AUTRE	C.S.		
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE	DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
					TOTAL

Cette identité comporte les éléments suivants :

- INIT. : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU CHIRURGIEN BUCCAL : 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 chirurgien buccal 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 chirurgien buccal ne doit comporter aucune erreur.

3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM PLUS MARIAGE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		CODE POSTAL		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
INIT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
R. GÉNÉRALISTE		207890			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
		521.0		NUMÉRO	
ÉTAT NORMAL		DATE			
V90.9		ANNÉE MOIS JOUR			
AUTRE		C.S.			
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE			
CODE		ANNÉE MOIS JOUR			
		ANNÉE MOIS JOUR			
				SI CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
				SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE	
				TOTAL	

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 accepté.

Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrire ses nom et prénom 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 ou d'un spécialiste en chirurgie buccale.

3.2.3 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET CASE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 382 0369	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	
	ANNÉE MOIS JOUR SEXE		ACTE DENT SURFACE MOLE MODIF UNITES HONORAIRES	
	ADRESSE		CODE POSTAL	
	PNT NOM DU DENTISTE		GROUPE	
	NUMÉRO		SON NUMÉRO	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC	
Suite du no. 5432		CARIÉ DENTAIRE		
		<input type="checkbox"/> 521.0		
		AUTORISATION NUMÉRO		
		<input type="checkbox"/> V90.9		
		DATE ANNÉE MOIS JOUR		
		AUTRE		
		C.S.		
		5, 2, 0, 6, A		
ÉTABLISSEMENT				
CODE				
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE 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 y être inscrit 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 de cet onglet.

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

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 de 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 - considération spéciale* (n° 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 - considération spéciale* (n° 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 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 - considération spéciale* (n° 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 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 la lettre « **A** » ou la lettre « **N** » 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 4.5 sous l'onglet *Paiement à l'acte - Messages explicatifs*.

3.2.4 SERVICES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

DATE DES SERVICES
ANNÉE MOIS JOUR
1 4 0 4 0 1

DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 202 0399

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | SEXE | EXPIRATION MOIS JOUR

ADRESSE | CODE POSTAL

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF.	UNITÉS	HONORAIRES
3,9,9,1,0			1	0,6,6		41,66
3,9,9,1,0			1	0,9,9		55,55

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES
MODIF. 066 et 018

CODE DU DIAGNOSTIC
CARTÉ DENTAIRE
 521.0
ETAT NORMAL
 V90.9
AUTRE C.S.

AUTORISATION NUMÉRO

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

LE CENTRE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

97:21 TOTAL

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

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

3.2.4.1 La 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, de remplacement ou de réparation de prothèses acryliques dentaires, 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 3.10;
- **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 code d'acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Aucun autre code d'acte ne doit y être facturé.

- **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)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
FRENCH ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR SEXE		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		CODE POSTAL		ACTE DENT SURFACE RÔLE MODIF. UNITÉS HONORAIRES	
NIT		NOM DU DENTISTE		5 1 1 2 0	
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		AUTORISATION	
Nouvelle prothèse (100 %) et remplacement suite à un bris (50 %)		<input type="checkbox"/> S21.0 <input checked="" type="checkbox"/> V90.9 AUTRE C.S. R		NOMBRE DATE ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 292 0339P LE CERTIFIÉ AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					956:25 TOTAL

SPÉCIMEN

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**. Inscrive 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 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 (un remplacement et une nouvelle prothèse)

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 : $51120 = 1\,275,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 637,50 \$$.

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 % : $637,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 318,75 \$$.

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 \$
TOTAL du code d'acte 51120	956,25 \$

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

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

1670 232 03/99 DEMANDE DE Paiement - DENTISTE

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION

ADRESSE CODE POSTAL

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR
1 4 | 0 4 | 0 1

ACTE DENT SURFACE SOLÉ MODIF UNITES HONORAIRES
5 1 1 0 0 358 50

ANT. NOM DU DENTISTE NUMERO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR SON NUMERO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Bris

CODE DU DIAGNOSTIC CARIE DENTAIRE
521.0

ALTOURISATION NUMERO

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE MOIS JOUR

AUTRE C.S. R

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 358 50

SPÉCIMEN

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 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

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

ACTE DENT SURFACE NOLI MODI UNITES HONORAIRES 5 1 1 2 1 956 25

SPÉCIMEN

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE MOIS JOUR

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

TOTAL 956 25

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale

Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52251, 51111 avec 52241, 51110 avec 52241.

- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse

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

- 2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale

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. Inscrive 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 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 : $51121 = 1\,275,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 637,50 \$$.

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 % : $637,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 318,75 \$$.

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 \$
TOTAL du code d'acte 51121	956,25 \$

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

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

La lettre « Q » permet au chirurgien buccal qui doit facturer, sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plus d'une fois à une personne assurée **au cours de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement, donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre « Q » doit être inscrite sur la **deuxième** demande de paiement, et toute demande subséquente, nécessaire pour facturer la répétition du service concerné.

1^{re} demande de paiement

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

1670 292 0399

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION MOIS

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE S21.0 V90.9

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

ALTRÉ C.S.

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

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7,4,4,5,6			1			580:35
7,7,4,1,1			1	0,5,0		375:73
7,7,1,2,1			1	0,5,0		423:38
7,7,1,2,1			1	0,5,0		423:38
7,7,4,5,2			1	0,5,0		277:30
0,1,1,3,0			1			58:25
7,1,4,0,1,1,3			1			83:75
7,1,4,1,1,2,4			1			58:75

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 2 280:89

2^e demande de paiement

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

1670 292 0399

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION MOIS

ADRESSE CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE S21.0 V90.9

ÉTAT NORMAL V90.9

DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

ALTRÉ C.S. Q

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

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

ACTE	DENT	SURFACE	RÔLE	MODIF	UNITES	HONORAIRES
7,2,3,2,0,4,6			1	0,5,0		73:75
7,4,3,0,8			1			82:60

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

TOTAL 156:35

3.2.4.8 Document complémentaire (formulaire 1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° DU PROFESSIONNEL ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

⑧

SPÉCIMEN

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

1944 202 1504

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille du chirurgien buccal ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : numéro d'inscription du chirurgien buccal;
- 3- **Numéro du groupe** : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu;
- 4- **Numéro de la demande de paiement** : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées;
- 5- **Nom de la personne assurée** : prénom usuel et nom de famille à la naissance;
- 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie;
- 7- **Date du service** : date à laquelle les services ont été rendus;

8- Dans cette partie du formulaire : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le chirurgien buccal ou son mandataire.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement, ou demande de révision ou d'explications. Il doit servir uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

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

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

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

The form includes the following sections and fields:

- Top Left:** Numéro d'assurance maladie (0000).
- Top Right:** Régie de l'assurance maladie Québec logo.
- Left Margin:** DEMANDE DE PaiEMENT - DENTISTE 1670 292 0399.
- Fields:**
 - Prénom et nom à la naissance, Nom de l'époux/et/ou no séquentiel de la carte.
 - Date de naissance (année, mois, jour), Sexe, Expiration (année, mois, jour).
 - Adresse, Code postal.
 - Acte, Sésé, Surcés, Rôlé, Modé, Unités, Honoraires.
 - Ant. (nom du dentiste, numéro, groupe).
 - Consultation demandée par, Son numéro.
 - Diagnostic principal et renseignements complémentaires, Code du diagnostic, Autorisation (numéro, date, année, mois, jour).
 - Code (0,2,4,3,3), Établissement (date d'entrée: 0,9,1,0,3,0; date de sortie: 0,9,1,1,0,1).
- Bottom Right:** Signature du dentiste ou de son mandataire, TOTAL.

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

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

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

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

3.2.6 FACTURATION DES SOINS D'URGENCE (HONORAIRES MAJORÉS)

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DU DENTISTE

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

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

SPÉCIMEN

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 292 0399

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

DATE DE NAISSANCE: ANNEE | MOIS | JOUR | SEXE

EXPIRATION: ANNEE | MOIS

ADRESSE: ANNEE | MOIS | JOUR | SEXE

CODE POSTAL

RIT. NOM DU DENTISTE NUMERO GROUPE

CONSULTATION DEMANDEE PAR SON NUMERO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

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

ÉTABLISSEMENT: DATE D'ENTREE (ANNEE | MOIS | JOUR) DATE DE SORTIE (ANNEE | MOIS | JOUR)

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

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

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

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

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

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

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

3.2.7 FACTURATION DU FORFAIT DE L'URGENCE

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

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

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

3.2.8 FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 7903 0918		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 2 0 1 0 0 3		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR 1 3 1 0 0 1	
DATE DE NAISSANCE 79 03 09 M		EXPIRATION ANNÉE MOIS JOUR		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODE POSTAL W 1 C 4 K 4		ACTE	HONORAIRES
NOM DU DENTISTE		NUMÉRO		9 4 5 2 0	38:70
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO		9 3 2 3 0	75:00
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTISTE <input type="checkbox"/> 521.0		AUTORISATION NUMÉRO	
ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9		DATE ANNÉE MOIS JOUR		SPÉCIMEN	
AUTRE		C.S.			
CODE 0 x x x x 3		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		JE CENTRE AVANT FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		TOTAL 113:70	
SIGNATURE DU DENTISTE, OU DE SON MANDICATAIRE					

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

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

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

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

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

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

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

0000	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
PRENOM ET NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE NOM DE LEPOUX ET/OU NO SEGMENTAIRE DE LA CARTE		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE NAISSANCE	ANNÉE MOIS JOUR	SEXES
AUTRES/		EXPIRATION
CODE POSTAL		
INT	NOM DU DENTISTE	NUMÉRO GROUPE
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		COSE DU DIAGNOSTIC CARTE DENTAIRE <input type="checkbox"/> 521.0 STATUT SOCIAL <input type="checkbox"/> 199.9 AUTRE C.S.
ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		
A LUSAGE DE LA RÉGIE ACTE BEST SPINAZ HOLL MESSF UNITES HORAIRES		
SPÉCIMEN		
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		TOTAL
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE		

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré*.

- 1) Vérifiez que le dentiste a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
- 2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- 3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- 4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le dentiste.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

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.

- Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée : Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le dentiste.
- Vous détenez un carnet de réclamation valide, mais vous ne l'avez pas présenté : _____
- Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie : 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.
- Votre carte d'assurance maladie est expirée : Si ce n'est déjà fait, 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.
- Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée : _____

Note - 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.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée	Adresse pour l'envoi du chèque
NOM	<input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE
PRENOM	NOM, PRENOM OU RAISON SOCIALE
NUMERO RUE	NUMERO RUE
APP. VILLE	APP. VILLE
PROVINCE Québec	PROVINCE
CODE POSTAL	CODE POSTAL

Signature de la personne assurée

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites : MÈRE PÈRE AUTRE :

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES


DATE ANNÉE MOIS JOUR

TELEPHONE AU DOMICILE (NO REGIONAL)

TELEPHONE AU TRAVAIL (NO REGIONAL)

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

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

3.5 ANNEXES

- Annexe I = Liste des rôles
- Annexe II = Liste des modificateurs
- Annexe III = Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification
- Annexe IV = Formulaire demande de prothèses dentaires acryliques
- Annexe V = Numéro d'établissement
- Annexe VI = Dent surnuméraire
- # Annexe VII = Liste des cliniques privées d'anesthésie générale
- # Annexe VIII = Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques

ANNEXE I :
LISTE DES RÔLES

RÔLE 1 : Chirurgien buccal responsable de l'acte.

RÔLE 4 : Chirurgien buccal assistant.

ANNEXE II :
LISTE DES MODIFICATEURS

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

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

RÈGLE D'APPLICATION 5.28

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

045

AUTRES SITUATIONS

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

093

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

099

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019 - 050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 084) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,6666)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
017 - 045	600	0,7500
017 - 045 - 093	344	0,7500
017 - 050	088	0,7500
017 - 093	617	1,5000
017 - 093 - 050	341	0,7500
018 - 045	601	0,6666
018 - 045 - 093	345	0,6666
018 - 050	082	0,6666
018 - 093	618	1,3333
018 - 093 - 050	342	0,6666
019 - 045	602	0,6666
019 - 045 - 093	346	0,6666
019 - 050	084	0,6666
019 - 093	619	1,3333
019 - 093 - 050	343	0,6666
093 - 045	631	0,5000
093 - 050	086	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 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 soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

Remarque : Si le service est rendu au bureau du chirurgien buccal, 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'accueil ou un établissement 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.

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 ou 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.

- Personne assurée (prestataire d'une aide financière de dernier recours) ne se présente pas pour la mise en bouche d'une prothèse dentaire acrylique.

Remarque : Préciser la situation dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

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 taux prévu.

Remarque : Voir les sections 3.2.4.4 à 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 prestataire

SPÉCIMEN

Numéro d'autorisation ▶
Numéro de dossier (CP-12)
Centre local d'emploi
Téléphone :

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

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <i>Supérieure</i> | <i>Inférieure</i> | <i>Les deux</i> |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE COMPLÈTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UNE PROTHÈSE PARTIELLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 prié 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	Fait	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								
A – Annulation									
R – Remplacement									
E – Emission									
NUMÉRO D'AUTORISATION									
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS									
				Supérieure		Inférieure		Les deux	
				Confession, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confession, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confession, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale
				51100	51101	51110	51111	51120	51121
				52240	52241	52250	52251	52260	52261
				56100	—	56101	—	—	—

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (10-2012)

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

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

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

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

2. Tarifs des prothèses dentaires acryliques

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

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

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

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

**ANNEXE V :
NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT**

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

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

ANNEXE VI :
DENT SURNUMÉRAIRE

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

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

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 (Québec) H3P 2V9
51302	Clinique d'anesthésie de Montréal 6863, des Angevins Anjou (Québec) H1K 3R4
51402	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon Est, bureau 200 Saint-Léonard (Québec) 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 (Québec) G2J 0C4

ANNEXE VIII :

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LE DEUXIÈME EXAMEN ANNUEL DE SUIVI POUR DES FINS ONCOLOGIQUES (règle 2.3)

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