



MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 27
JUILLET 2011

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

PERSONNES ASSURÉES

- Insertion de la nouvelle carte et modifications administratives

Pages : [2](#) à [6](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modification du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée*

Pages : [22](#) et [23](#)

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [4](#) et [27](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification des calendriers de paiement

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

- Modification des messages 197, 198 et 360

Pages : [12](#) et [15](#)

- Ajout des messages 871, 873, 874 et 880

Page : [22](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Modification des avis

Page : [12](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 168 / 2010-11-15 et 014 / 2011-04-11

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

Corrections d'ordre administratif

+ Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

- **La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.**

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-49389-1

Régie de l'assurance maladie du Québec

Direction des services à la clientèle professionnelle

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**

Québec 

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

2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte (avec hologramme) peuvent être présentés. Il est important de valider la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

Remarque : Veuillez noter que depuis le 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus
- Personne assurée hébergée en établissement
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour raison d'ordre médical

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 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 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 l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

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

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076* 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, ne pas inscrire les initiales, 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 codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5, ou 2XXX5) 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 en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la Régie par le 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 la lettre « **J** » dans la case C.S.
- En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence (ne pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076*).

2- Dans tous les autres cas :

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* qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie.

2.2 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

The image shows a sample 'Carnet de réclamation' form. The form is titled 'Carnet de réclamation' and 'Soins dentaires couverts'. It contains several fields: 'Numéro de dossier', 'Nom du ou de la prestataire', 'Message', 'Référence', 'Enfants à charge', and 'Numéro de carnet'. A large red diagonal stamp reads 'Spécimen'. On the right side, there is a vertical bar with the number 'A-00000000' and the text 'Ministère de l'Énergie et de la Solidarité sociale'. The form also includes a section for 'Du' and 'Au' dates, and a checkbox for 'Si non, chez le pharmacien désigné ci-dessous. Chez tous les pharmaciens.'.

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

Le volet de gauche du carnet identifie le prestataire (nom et prénom, adresse), son numéro d'admissibilité (alphanumérique à 12 caractères), et la période de validité du carnet.

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les informations suivantes :

- La période de validité : La période de validité détermine si la personne est admissible au programme à la date du service;
- La case *Message* : Le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise » dans la case *Message* (s'applique aux revendicateurs du statut de réfugié) :

- Si la mention est présente, vérifier la validité de la carte d'assurance maladie :

Valide : Remplir une demande de paiement pour le service rendu.

Non valide : La Régie ne paie pas le coût des services.

- Si la mention n'est pas présente, remplir une demande de paiement pour le service rendu.

Le volet de droite identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de soins dentaires. Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**.

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

Remarque : Il est important de vérifier si le prestataire, détenteur d'un carnet de réclamation, est soumis au **délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques : dans ce cas, la mention « À COMPTER DU AA-MM-JJ » figure dans la section *Référence* de son carnet.

3.2.1.2 Prestataire d'une aide financière de dernier recours

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 7603 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 4		DATE DES SERVICES ANNÉES MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE 40 04 12 M		EXPIRATION W 1 G 4 K 4		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec (Québec)		CODES POSTAL		ACTE DENT SURFACE NÔLE MODIF UNITES HONORAIRES	
INT. NOM DU DENTISTE		NUMÉRO GROUPE			
CONSULTATION DEMANDÉE PAR		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES #5432		CODE DU DIAGNOSTIC CARTES DENTAIRE 521.0 ÉTAT NORMAL V90.9 AUTRE C.S.		AUTORISATION NUMÉRO DATE ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE 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 : 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 :

1) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation sont présents au dossier du prestataire :

- inscrire sur la demande de paiement le numéro d'assurance maladie;
- compléter de la façon habituelle les autres cases de la section Identité de la personne assurée.

2) Le numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation ne sont pas disponibles au dossier du prestataire, mais il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

- # a) *le prestataire est dans un état requérant des soins urgents :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité du prestataire (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.
- # b) *le prestataire est admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée établissement codé 0XXX4,0XXX5, 1XXX5, ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée (voir l'annexe V du présent onglet) :*
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité du prestataire (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

Remarque : Lorsque le service est rendu au cabinet du chirurgien buccal, inscrire le numéro du centre d'accueil où le prestataire est admis dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

3) **Dans tous les autres cas :**

- remplir le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2076* figurant à la section 3.4 du présent onglet.

3.2.9 SIGNATURE DU CHIRURGIEN BUCCAL OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTISTE 1670 352 0309	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		EXEMPLAIRE DU DENTISTE	
	PRÉNOM ET NOM SUIVANT LA NAISSANCE				DATE DES SERVICES		ACTE	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR		DENT	
	DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION		SURFACE	
	ANNÉE MOIS JOUR SEXE				JOUR MOIS		RÔLE	
	ADRESSE				CODE POSTAL		MODR	
	NOM DU DENTISTE				NUMÉRO		LIMITES	
	CONSULTATION DEMANDÉE PAR				SON NUMÉRO		HONORAIRES	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC CARE DENTAIRE		AUTORISATION NUMÉRO	
	ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9				DATE		SPÉCIMEN	
AUTRE				ANNÉE MOIS JOUR				
ÉTABLISSEMENT				DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
CODE				ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE		
						TOTAL		

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le chirurgien buccal 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 chirurgien buccal peut obtenir de la Régie les formules prévues à cette fin.

Remarque : Les estampes, l'écriture en lettres moulées 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 chirurgien buccal 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 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											
0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE									
PRÉNOM ET NOM DE LA MARIÉE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉLÉRIEL DE LA CARTE											
DATE DE NAISSANCE		ANNEE	MOIS	JOUR	SEXE	EXPIRATION					
ACTIVITÉ						CODE POSTAL					
NOM DU DENTISTE			NUMÉRO			GROUPE					
CONSULTATION DEMANDÉE PAR						SON NUMÉRO					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES						CODE DU DIAGNOSTIC CARTE SERVITURE <input type="checkbox"/> 521.0 ÉTAT NORMAL <input type="checkbox"/> V90.9 AUTRE: _____ C.S. _____			AUTHORIZATION NUMÉRO _____ DATE ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____		
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE					
				ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____		ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____					
A L'USAGE DE LA RÉGIE											
DATE DES SERVICES		RÉGIE									
ANNEE	MOIS	JOUR									
ACTE	UNITÉ	SURFAC	NOI	MOEF	UNITES	HONORAIRES					
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
SPÉCIMEN											
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS											
SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE											TOTAL
<p>Directives pour la personne assurée</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 lisiblement inscrit les renseignements requis. 3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.</p> <p>2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées. 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>Situation à l'origine de la demande</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"> • 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 : 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. • Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie : 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 est expirée : • Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée : 											
<p>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.</p>											
<p>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</p> NOM _____ PRÉNOM _____ NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____ VILLE _____ PROVINCE Q u é b e c CODE POSTAL _____						<p>Adresse pour l'envoi du chèque</p> <input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE _____ NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____					
<p>Signature de la personne assurée</p> Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. <input checked="" type="checkbox"/> X Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites : NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES MÈRE PÈRE AUTRE : _____ _____ _____											
						DATE ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____ TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. REGIONAL _____ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. REGIONAL _____					
2076 292 07/04 EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE											

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (formulaire n° 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>Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au dentiste, celui-ci doit :</p>					
<p>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).</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>2. Remettre à la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'exemplaire de la Régie; • la copie de la personne assurée; • une enveloppe-réponse. 					
<p>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).</p> <p>Remarque : Les dentistes trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».</p>					
<p>Rappel</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"> • 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 style="text-align: center;">Vous pouvez communiquer avec la Régie :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>Par téléphone</p> <p>Québec : 418 646-6336 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749</p> <p>www.ramq.gouv.qc.ca</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>Par ATS : (appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>Par la poste :</p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3</p> </td> </tr> </table>			<p>Par téléphone</p> <p>Québec : 418 646-6336 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749</p> <p>www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p>Par ATS : (appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p>	<p>Par la poste :</p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3</p>
<p>Par téléphone</p> <p>Québec : 418 646-6336 Montréal : 514 864-3411 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749</p> <p>www.ramq.gouv.qc.ca</p>	<p>Par ATS : (appareil de télécommunication pour personnes sourdes)</p> <p>Québec : 418 682-3939 Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939</p>	<p>Par la poste :</p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3</p>			
<p style="font-size: small;">Régie de l'assurance maladie</p> <p style="font-size: x-large; font-weight: bold;">Québec</p>					

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 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 minuit et 7 heures	017
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 heures et minuit	018
Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés	019
CHIRURGIE	
RÈGLE D'APPLICATION 5.2	
Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du chirurgien buccal qui a pratiqué l'acte chirurgical est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical	013
Lorsque deux (2) chirurgiens buccaux pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du chirurgien buccal qui a pratiqué les soins post-opératoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical	014
RÈGLE D'APPLICATION 5.4	
Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne assurée par le même chirurgien buccal au cours d'une même séance, les actes secondaires sont rémunérés à 50 %	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

- 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 les suivantes :

- personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
 - personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
 - personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique. Cela inclut toute personne soumise à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions de même que toute personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients.
- 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 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

Emploi



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	
Nom de l'agent d'aide socio-économique	
Téléphone	Poste

Note – 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-009) permet d'obtenir le service.

Demande du prestataire

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

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.
- le remplacement d'une prothèse dont le **coût d'achat a été assumé par le Ministère.**
Raison de ce remplacement :
 - En usage depuis plus de huit ans
 - Chirurgie buccale (sur recommandation écrite d'un chirurgien buccal ou d'un dentiste)
 - Perte ▶ En cas de perte ou de bris irréparable, le coût de ce remplacement sera comblé jusqu'à concurrence de la moitié du tarif prévu.
 - Bris irréparable
- le remplacement d'une prothèse dont le **coût n'a pas été assumé par le Ministère.**

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"/> | |

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 priés 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)

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-009) doit être valide.

Date d'émission de l'autorisation _____

Signature de l'agent d'aide socio-économique _____

Réservé au Ministère

Transaction Fille		Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille		Numéro d'assurance maladie du membre de la famille			
[A , S , P , D]		_____		_____			
Type A – Annulation R – Remplacement E – Émission	Codex de besoin _____	Supérieure		Inférieure		Les deux	
		Confection, remplacement, bris ou perte	Remplacement, charge buccale	Confection, remplacement, bris ou perte	Remplacement, charge buccale	Confection, remplacement, bris ou perte	Remplacement, charge buccale
Numéro d'autorisation	_____	51100	51101	51110	51111	51120	51121
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS.	_____	52240	52241	52250	52251	52260	52261
		56100	—	56101	—	—	—

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (11-2006)

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2010

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRES
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2010

JANVIER ^{'19}

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

AVRIL ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				91	92	93
(15)	95	96	97	98	99	100
(16)	102	103	104	105	106	107
(17)	109	110	111	112	113	114
(18)	116	117	118	119	120	121
	122	123	124			
25	26	27	28	29	30	

JUILLET ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)				1	2	3
(28)	186	187	188	189	190	191
(29)	193	194	195	196	197	198
(30)	200	201	202	203	204	205
(31)	207	208	209	210	211	212
25	26	27	28	29	30	31

OCTOBRE ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)				1	2	▼
(41)	277	278	279	280	281	282
(42)	284	285	286	287	288	289
(43)	291	292	293	294	295	296
(44)	298	299	300	301	302	303
24	304	305	306	307	308	309
31						

7095_202 (09/11)

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

FÉVRIER ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)	32	33	34	35	36	37
(7)	39	40	41	42	43	44
(8)	46	47	48	49	50	51
(9)	53	54	55	56	57	58
(10)						
28						

MAI ^{'20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)						121
(19)	123	124	125	126	127	128
(20)	130	131	132	133	134	135
(21)	137	138	139	140	141	142
(22)	145	146	147	148	149	150
(23)	153	154	155	156	157	158
30	31					

AOÛT ^{'22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	215	216	217	218	219
(33)	221	222	223	224	225	226
(34)	228	229	230	231	232	233
(35)	235	236	237	238	239	240
(36)	242	243	244	245	246	247
29	30	31				

NOVEMBRE ^{'22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)	305	306	307	308	309	310
(46)	312	313	314	315	316	317
(47)	319	320	321	322	323	324
(48)	328	329	330	331	332	333
(49)	333	334	335	336	337	338
28	29	30				

MARS ^{'23}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)	60	61	62	63	64	65
(11)	67	68	69	70	71	72
(12)	74	75	76	77	78	79
(13)	81	82	83	84	85	86
(14)	88	89	90	91	92	93
28	29	30	31			

JUIN ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)			153	154	155	156
(24)	158	159	160	161	162	163
(25)	165	166	167	168	169	170
(26)	172	173	174	175	176	177
(27)	179	180	181	182	183	184
27	28	29	30			

SEPTEMBRE ^{'21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				244	245	247
(37)	249	250	251	252	253	254
(38)	256	257	258	259	260	261
(39)	263	264	265	266	267	268
(40)	270	271	272	273	274	275
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE ^{'19}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)				1	2	3
(49)	340	341	342	343	344	345
(50)	347	348	349	350	351	352
(51)	353	354	355	356	357	358
(52)	359	360	361	362	363	364
(53)	365	366	367	368	369	370
26	27	28	29	30	31	

▼ DATE DU PAIEMENT

● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2011



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

2011

Calendar for January 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '19' in the top right corner.

Calendar for February 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-28. Includes a '20' in the top right corner.

Calendar for March 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '23' in the top right corner.

Calendar for April 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-30. Includes a '19' in the top right corner.

Calendar for May 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '21' in the top right corner.

Calendar for June 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-30. Includes a '21' in the top right corner.

Calendar for July 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '20' in the top right corner.

Calendar for August 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '23' in the top right corner.

Calendar for September 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-30. Includes a '21' in the top right corner.

Calendar for October 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '20' in the top right corner.

Calendar for November 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-30. Includes a '22' in the top right corner.

Calendar for December 2011. Days of the week: DIM, LUN, MAR, MER, JEU, VEN, SAM. Dates 1-31. Includes a '18' in the top right corner.

7085 2632 09/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

4.9 MESSAGES EXPLICATIFS

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime d'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 106** Le numéro d'assurance maladie est absent et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.
Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte », soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée telle que fournie.
Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte », soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Le numéro d'assurance maladie est absent et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services et, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.

- 115** L'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas prestataire d'une aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet « Personnes assurées »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 133** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité à une aide financière de dernier recours (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** La carte d'assurance maladie de la personne assurée est annulée à la date de service selon l'information disponible à la RAMQ.
- 160** Le code d'acte est non payable en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # 197** Lorsqu'il y a, à la même séance ou à l'intérieur des 30 jours, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou une perte, ces services doivent être facturés sous le code d'acte 51120 ou 52260 et le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif. Voir l'onglet **Rémunération à l'acte point 3.2.4.3** pour les instructions de facturation simultanée de deux prothèses, et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- # 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être utilisés lorsqu'un service a été rendu pour les deux maxillaires à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

- # **360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Acte non assuré à la date du service.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.
- 388** Acte soumis à l'application du modificateur 066 (réf. : Règle d'application 1.4.1).
- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 054 (réf. : Règle d'application 1.4.2).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 5.28).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 5.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 5.4).

- 401** Acte payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404** Acte non assuré pour cette personne assurée.
- 406** Acte assuré pour un prestataire d'une aide financière de dernier recours seulement.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** Cet acte est incompatible avec le numéro de dent et/ou avec l'âge de la personne assurée.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum (réf. : Règle d'application 3.5.1).
- 414** Ce code d'acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- 423** L'acte ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 5.20).
- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 437** Conformément à la règle d'application 3.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base de cet acte étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée, est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature, son libellé ou la règle d'application afférente, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 441** Selon le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, cet acte ne peut être payé s'il n'est pas suivi d'un des services énumérés à l'article 36.1. Réf. : Article 2.2 de la page 4, sous l'onglet « Personnes assurées ».
- 446** Acte incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.4).
- 447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 4.4).
- 449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.8.1).

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

- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- 801** Le supplément de garde facturé peut seulement être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement désigné par les parties à l'annexe V.
- 802** Le code d'établissement est absent, inexistant ou fermé à la date de l'acte.
- 804** Le code d'établissement diffère de celui requis pour l'acte.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé «OXXX8» n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 834** Code d'acte incompatible avec le code de l'établissement (réf. : Règle d'application 2.0 ou 2.01).
- # **871** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un per diem au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- # **873** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un per diem au cours d'une journée au sein de l'établissement, ne peut être rémunéré au sein d'un autre établissement pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- # **874** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un demi per diem au cours de la plage horaire de l'après-midi (plage n° 3), ne peut être rémunéré pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 12 h en cabinet ou dans tout établissement. Ce service ne doit pas être refacturé.
- # **880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support magnétique ou télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- 908** Il y a recouvrement du pré-paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.

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

AVIS : *Le code de valeur de base doit être inscrit sur la même demande de paiement que le code d'obturation sur une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.*

Le code de valeur de base doit être accompagné du numéro de dent seulement (et non du numéro de surface).

Tous les autres codes d'obturation doivent être accompagnés d'un numéro de dent et d'un numéro de surface (Voir la règle d'application 3.2, pour code spécifique).

En amalgame

Molaire primaire

21999 - valeur de base 16,50

Régulier

Spécifique

21101	21901	- une surface	14,50
21102	21902	- deux surfaces	48,25
21103	21903	- trois surfaces	61,50
21104	21904	- quatre surfaces	83,25
21105	21905	- cinq surfaces	111,75

Prémolaire

21999	- valeur de base	16,50
21211	- une surface	16,75
21212	- deux surfaces	50,25
21213	- trois surfaces	63,50
21214	- quatre surfaces	88,25
21215	- cinq surfaces	116,25

Molaire permanente

21999	- valeur de base	16,50
21221	- une surface	27,00
21222	- deux surfaces	60,00
21223	- trois surfaces	83,25
21224	- quatre surfaces	106,00
21225	- cinq surfaces	139,75

En matériau esthétique

3.11 Un service d'obturation en matériau esthétique est rémunéré sur une surface buccale ou mésiale d'une prémolaire supérieure.

23999	- valeur de base	16,50
23301	- une surface	41,50
23302	- deux surfaces	81,00

Tenon par restauration

AVIS : *Inscrire le numéro de dent (Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

21301	un tenon	13,00
21302	deux tenons	23,00
21306	trois tenons ou plus	30,25

Couronne préfabriquée

AVIS : Voir les règles d'application 1.4.1, 1.4.2 et 3.2

Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).

3.12 La couronne préfabriquée est rémunérée une fois par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

Matériau esthétique

Code régulier	Code spécifique		
27421	27921	sur antérieure primaire	94,25

Métallique

Code régulier	Code spécifique		
27401	27901	antérieure primaire	94,25
27403	27903	postérieure primaire	94,25
27411		antérieure permanente	94,25
27413		postérieure permanente	94,25

Recimentation d'une couronne préfabriquée

3.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même chirurgien buccal qui a procédé à la confection et à la mise en place de ladite couronne ne s'applique que lorsqu'il s'est écoulé cent quatre-vingt (180) jours depuis la cimentation ou la recimentation de la couronne.

AVIS : Inscrire le numéro de dent (Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).

29101	recimentation d'une couronne préfabriquée	38,50
--------------	---	-------

ENDODONTIE

AVIS : Les services d'endodontie sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant qui est âgé de moins de dix ans et d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Pansement sédatif

4.1 Le pansement sédatif consiste à la mise en place d'une obturation provisoire dans le cas d'une fracture dentaire ou pour soulager la douleur d'une dent symptomatique (incluant le coiffage de pulpe direct ou indirect). Le pansement sédatif ne peut être utilisé qu'une seule fois sur une même dent par période de 180 jours. Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.

AVIS : Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents et la règle d'application 3.2, pour le code spécifique).

31111	pansement sédatif	30,25
--------------	-----------------------------	-------