

**MANUEL
DES
DENTUROLOGISTES
(n° 320)**

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec 

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

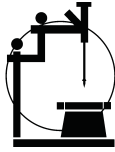
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

ISBN : 978-2-550-53963-6



MANUEL DES DENTUROLOGISTES

MISE À JOUR 19
JUILLET 2017

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

INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

Pages : 1 et 2

TABLE DES MATIÈRES

- Actualisation de la table

Pages : 1 et 2

TEXTE DE L'ACCORD

- Modifications au texte de l'Accord

Pages : 1 à 3

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification d'ordre administratif

Page : 1

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Actualisation des calendriers de paiement

Pages : 8 et 9

- Ajout du message explicatif 892

Page : 14

- Modifications d'ordre administratif

Pages : 1, 3 et 14

TARIF

- Modification d'ordre administratif

Page : 3

MANUEL ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif

Page : 1

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 054 du 2015-06-11 et 145 du 2015-09-30

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.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-53963-6

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 

INTRODUCTION

Le Manuel des denturologistes vise à vous renseigner sur les modalités de paiement du coût des prothèses dentaires acryliques, conformément au *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* ainsi qu'à l'accord intervenu entre le denturologiste et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Site Internet de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la **Régie vous recommande de consulter son site Internet** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et des brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

S

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à la **page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires sauf pour les formulaires 1215, 1216 et 1944 qui sont accessibles par le service en ligne *Facturation - Formulaires*)

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ
--

MAJ = mise à jour
XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier
MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

- **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.

- Tout **autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'amendement relatif à l'Entente-cadre.

Note : Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, c'est le numéro du document qui a le plus de poids qui est utilisé.

L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. TEXTE DE L'ACCORD	1
S	
2. PRESTATAIRES	1
3. DEMANDE DE PAIEMENT	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	3
3.2.1 Identité du prestataire	3
3.2.2 Identité du denturologiste	4
3.2.3 <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i> Numéro et date de l'autorisation	5
3.2.3.1 Formulaire <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i>	6
3.2.4 Renseignements complémentaires	8
3.2.5 Date et facturation des services	9
3.2.5.1 La date du ou des services fournis	9
3.2.5.2 Facturation des services fournis	10
3.2.5.3 Services et rémunération	10
3.2.6 CS (Considération spéciale)	11
3.2.6.1 Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques (<i>Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris</i>)	12
3.2.6.2 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique suite à une perte ou un bris	13
3.2.6.3 Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	14
3.2.6.4 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique suite à une chirurgie buccale	15
3.2.6.5 Document complémentaire (<i>formulaire n° 1944</i>)	16
3.2.7 Signature du denturologiste	17
3.3 EXPÉDITION	17
4. PAIEMENT	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1

	<i>Page</i>
4.3 ÉTAT DE COMPTE	2
4.3.1 Description	3
4.3.1.1 Renseignements généraux	3
4.3.1.2 Demande de paiement qui font l'objet d'une transaction	5
4.3.2 Vérification des paiements	5
4.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
4.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
4.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
4.4.3 Paiement refusé en partie	5
4.4.4 Paiement refusé en totalité	6
4.4.5 Demande de révision	6
4.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	6
4.6 CODES DE TRANSACTIONS	7
# 4.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)	8
# CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)	9
4.8 MESSAGES EXPLICATIFS	10
5. TARIF	1
6. MANUEL ET FORMULAIRES	1
# 6.1 MANUEL SUR LE SITE WEB	1
S	
6.2 FORMULAIRES	1
# 6.2.1 Formulaire sur le site Web	1
6.2.2 Formulaire papier	1
6.2.3 Commande	1

1. TEXTE DE L'ACCORD**+ ENTRE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC****ET**

PRÉNOM ET NOM LÉGAUX :

(ci-après désigné comme le denturologiste)

ADRESSE DU DOMICILE :

NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE :

ATTENDU que le denturologiste désire être rémunéré directement par la Régie pour le coût des prothèses dentaires acryliques qu'il fournit à une personne admissible, à titre individuel ou comme membre d'une famille admissible, à un programme d'aide de dernier recours prévu au chapitre II de la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* (RLRQ, c. A-13.1.1), le tout conformément aux articles 83 et 159 du *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* (RLRQ, c. A-13.1.1, r. 1), la Régie et le denturologiste conviennent de ce qui suit :

1. En conformité avec l'article 83 du *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles*, la Régie s'engage :

a) à payer au denturologiste ou au tiers qu'il autorise à recevoir le paiement et qui peut être :

– un groupe de denturologistes;

– une société de denturologistes dont il est membre;

– ou une société par actions visée au *Règlement sur l'exercice de la profession de denturologiste en société* (RLRQ, chapitre D-4, r. 10) et pour le compte de laquelle il exerce ses activités professionnelles,

le coût des prothèses dentaires acryliques qu'il fournit à une personne admissible, à titre individuel ou comme membre d'une famille admissible, à un programme d'aide de dernier recours prévu au chapitre II de la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles, titulaire ou ayant droit du titulaire d'un carnet de réclamation valide*, délivré conformément à l'article 71.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), et d'une autorisation dûment signée et délivrée par un centre local d'emploi;

b) à payer au denturologiste ou au tiers qu'il autorise à recevoir le paiement et qui peut être :

– un groupe de denturologistes;

– une société de denturologistes dont il est membre;

– ou une société par actions visée au *Règlement sur l'exercice de la profession de denturologiste en société* et pour le compte de laquelle il exerce ses activités professionnelles,

le coût des réparations des prothèses dentaires acryliques qu'il fournit à une personne admissible, à titre individuel ou comme membre d'une famille admissible, à un programme d'aide de dernier recours prévu au chapitre II de la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles, titulaire ou ayant droit du titulaire d'un carnet de réclamation valide*, délivré conformément à l'article 71.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*;

2. Le denturologiste s'engage :

- a) à s'assurer que la personne à qui il fournit le service ou le bien est un titulaire ou l'ayant droit d'un titulaire d'un carnet de réclamation en vigueur délivré conformément à l'article 71.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*;
- b) à s'assurer que, dans les cas d'achat, de remplacement ou de regarnissage d'une prothèse dentaire acrylique, la personne à qui il fournit le bien ou le service est un titulaire ou l'ayant droit d'un titulaire d'une autorisation dûment signée et préalablement délivrée par un centre local d'emploi, à conserver cette autorisation au dossier de la personne et à en respecter les conditions;
- c) à n'exiger ni recevoir de quiconque aucune autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie en vertu de l'article 83 du *Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* et, dans le cas d'un remplacement d'une prothèse dentaire acrylique en raison d'une perte ou d'un bris irréparable, celle qu'il peut exiger du prestataire en vertu de l'article 1 de l'Accord complémentaire à l'Accord concernant l'administration, l'application et le paiement du coût des prothèses dentaires acryliques fournies par un denturologiste à un prestataire de l'aide sociale, approuvé par le décret 812-2006;
- d) à transmettre à la Régie une demande de paiement dûment complétée et à lui fournir tous les renseignements et documents qu'elle requiert et dont elle a besoin pour apprécier cette demande;

3. Le présent accord entre en vigueur le jour de sa signature et est reconduit automatiquement d'une année à l'autre; toutefois, l'une des parties peut y mettre fin en tout temps par un avis écrit de trente (30) jours à l'autre partie.

SIGNÉ À, le jour de 20

DENTUROLOGISTES

**RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC**

..... par :

S

S

TARIFICATION

La tarification est celle prévue à l'entente intervenue le 19 mars 2003 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, telle qu'elle se lit au moment où elle s'applique. Le ministre en informe la personne visée par tout moyen qu'il juge approprié.

Voir l'onglet Tarif.

S

2. PRESTATAIRES

(Programme d'aide financière de dernier recours)

Description du carnet de réclamation :

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

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

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

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

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

Vérifications à effectuer avant de rendre un service :

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

Si le **prestataire est soumis au délai de carence** de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques, les mentions « SERVICES PROTHESE DENTAIRE » et « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » figurent à la case *Message*.

Avant cette date, aucun service n'est payable.

- la **période de validité de la carte d'assurance maladie** :
 - le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide : remplir une demande de paiement pour le service rendu;
 - le prestataire ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide : la Régie ne paie pas le coût du service.

Revendicateur du statut de réfugié :

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

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1700)

3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les denturologistes le formulaire *Demande de paiement – Denturologiste* (1700).

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppés* (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 de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'accord et qui sont 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 majuscules.
- Toute erreur ou omission (date, numéro d'assurance maladie, 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 18 mai 20AA s'écrit AA-05-18.
- Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1700)

La demande de paiement comporte neuf sections.

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE - 1700	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM 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	
	ADRESSE		EXPIRATION	
	ANT. NOM DU DENTUROLOGISTE		CODE POSTAL	
	NUMÉRO		GROUPE	
	NF D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		DATE DE L'AUTORISATION	
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANNÉE MOIS JOUR	
	RECEVOIR		EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE	
	SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE		TOTAL	

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100		
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			

1. Identité du prestataire
2. Identité du denturologiste ayant fourni les services
3. Numéro et date de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, s'il y a lieu
4. Renseignements complémentaires
5. Date et inscription des services fournis
6. Montant des honoraires
7. CS (Considération spéciale)
8. Total des honoraires demandés
9. Signature du denturologiste ayant fourni les services

1. Identité du prestataire
2. Identité du denturologiste ayant fourni les services
3. Numéro et date de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, s'il y a lieu
4. Renseignements complémentaires
5. Date et inscription des services fournis
6. Montant des honoraires
7. CS (Considération spéciale)
8. Total des honoraires demandés
9. Signature du denturologiste ayant fourni les services

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

3.2.1 Identité du prestataire

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 252 1369

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
BENJ 7002 2710

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
JEAN BÉNÉFICIAIRE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
2,0,1,6,0,2

DATE DE NAISSANCE 70 02 27 M
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

EXPIRATION
ANNEE | MOIS | JOUR

ADRESSE 100, FICTIVE, QUÉBEC
CODE POSTAL W 1 C 1 4 K 4

INT. NOM DU DENTUROLOGISTE NUMÉRO GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE DATE DE L'AUTORISATION
ANNÉE | MOIS | JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

DATE DES SERVICES ANNEE | MOIS | JOUR

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100		
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
			TOTAL

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

La section réservée à l'identité du prestataire est conçue pour recevoir, outre l'adresse du prestataire, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie. Comme il est possible que le numéro d'assurance maladie du carnet de réclamation ne corresponde pas à celui figurant sur sa carte d'assurance maladie, **toujours utiliser le numéro d'assurance maladie inscrit sur le carnet de réclamation.**

Elle comporte les cases suivantes :

- le numéro d'assurance maladie du prestataire qui reçoit le service;
- le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- nom de l'époux (cette donnée est facultative);
- le numéro séquentiel de la carte;
- la date d'expiration de la carte;
- la date de naissance et le sexe du prestataire;
- l'adresse devant comporter le numéro civique, le nom de la rue (ou de la route rurale, ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.2 Identité du denturologiste

L'identité du denturologiste comporte les éléments suivants :

#

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE	MOIS
ADRESSE		EXPIRATION	
ADRESSE		CODE POSTAL	
INIT	NOM DU DENTUROLOGISTE	NUMÉRO	GROUPE
R.	Untel	7459999	
N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		DATE DE L'AUTORISATION	
ANNEE		MOIS	JOUR
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			
SPÉCIMEN			
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS			
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE			

DATE DES SERVICES		ANNÉE	MOIS	JOUR
1	ACTE	MONTANT		
2	51100			
3	51120			
4	52240			
5	52250			
6	52260			
7				
8				
9				

CS

EXEMPLAIRE
DU
DENTUROLOGISTE

TOTAL

- INIT : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU DENTUROLOGISTE : 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 dispensateur de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

Le dispensateur 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 – Dispensateurs de services assurés* (n° 4197). 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 denturologiste ne doit comporter aucune erreur.

3.2.3 Demande de prothèses dentaires acryliques

Numéro et date de l'autorisation

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 292 1304

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

EXPÉRIATION

DATE DES SERVICES

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100		
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
TOTAL			

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

DATE DE NAISSANCE: ANNÉE | MOIS | JOUR

ADRESSE: | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE |

EXPÉRIATION: ANNÉE | MOIS

DATE DES SERVICES: ANNÉE | MOIS | JOUR

INT. | NOM DU DENTUROLOGISTE | NUMÉRO | GROUPE

NO D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE: # 04222

DATE DE L'AUTORISATION: ANNÉE | MOIS | JOUR: 1, 3 | 0, 8 | 1, 5

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

#

Dans le cas de confection initiale ou de regarnissage d'une prothèse dentaire acrylique, vous devez inscrire dans la case appropriée le **numéro et la date de l'autorisation** de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Dans le cas de remplacement à l'intérieur de la période de huit ans, aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de la *Demande de prothèses dentaires acryliques*.

L'original, dûment signé, doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.3.1 Formulaire *Demande de prothèses dentaires acryliques*



Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire



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

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'une 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Date</small>	<small>Signature du prestataire</small>

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Date d'émission de l'autorisation</small>	<small>Agent responsable de l'autorisation</small>

Réservé au Ministère

Transaction		Famille				Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille				Numéro d'assurance maladie du membre de la famille			
A S P D													
Type		Codes de besoin				Supérieure		Inférieure		Les deux			
A – Annulation	<input type="checkbox"/>					Correction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Correction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Correction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale		
R – Remplacement	<input type="checkbox"/>												
E – Emision	<input type="checkbox"/>												
NUMÉRO D'AUTORISATION						Prothèse complète	51100 51101	51110 51111	51120 51121	51120 51121	51121		
<small>Vous ne devez pas remplir cette colonne.</small>													
						Prothèse partielle	52240 52241	52250 52251	52260 52261	52260 52261	52261		
						Regarnissage	56100	— 56101	—	—	—		

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (10-2012)

3.2.3.1 Formulaire *Demande de prothèses dentaires acryliques - 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.
-

3.2.4 Renseignements complémentaires

#

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 17 000 202 1304
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE MARIAGE ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE | MOIS | JOUR

EXPIRATION
ANNÉE | MOIS

ADRESSE
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

INT. NOM DU DENTUROLOGISTE

NUMÉRO

CODE POSTAL

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE

DATE DE L'AUTORISATION
ANNÉE | MOIS | JOUR

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

Régie de l'assurance maladie
Québec

DATE DES SERVICES		ANNÉE	MOIS	JOUR
1	ACTE			
2	51100			
3	51120			
4	52240			
5	52250			
6	52260			
7				
8				
9				

CS

A

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

TOTAL

Cette section sert à inscrire tout renseignement jugé nécessaire ou utile à l'appréciation de la demande de paiement. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire* (n° 1944) et l'annexer à la demande de paiement.

Remarque : Dans tous les cas où des renseignements additionnels sont fournis, soit dans la section *Renseignements complémentaires* ou sur le formulaire *Document complémentaire* (n° 1944), **une lettre doit être inscrite dans la case CS**. Voir le point 3.2.6 Considération spéciale, pour connaître la lettre appropriée.

3.2.5 Date et facturation des services

Les services pour lesquels le denturologiste demande paiement figurent dans cette section. Dans cet exemple, le supplément d'asepsie a été facturé puisque le service 51100 a été effectué lors d'une mise en bouche.

#

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 232 1364

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX(È) OU N° RECOURTIEL DE LA CARTE

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

ADRESSE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE |

INIT. NOM DU DENTUROLOGISTE | NUMÉRO | GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE | DATE DE L'AUTORISATION ANNÉE | MOIS | JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

DATE DES SERVICES | ANNÉE | MOIS | JOUR

ACTE	MONTANT
1 51100	699;00
2 51110	
3 51120	
4 52240	
5 52250	
6 52260	
7 94541	6;25
8	
9	
TOTAL	
705;25	

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

SPÉCIMEN

3.2.5.1 La date du ou des services fournis

- Inscrire la date (année, mois, jour) de la **mise en bouche de la prothèse dentaire acrylique** (confection, regarnissage ou réparation).
- Inscrire la date (A.M.J.) de la **prise d'empreinte** dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* lorsqu'il y a confection d'une prothèse dentaire acrylique et que le prestataire d'un programme d'aide financière de dernier recours ne se présente pas pour la mise en bouche.

L'une ou l'autre de ces dates doit être incluse dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.

3.2.5.2 Facturation des services fournis

Les services fournis doivent être indiqués comme suit :

- les honoraires doivent être inscrits sous le titre « Montant » vis-à-vis le code d'acte correspondant; lorsqu'il s'agit d'une réparation ou d'un remplacement à la suite d'une chirurgie buccale, inscrire le code d'acte approprié dans l'une des cases vierges (cases 7, 8 ou 9);
- le montant total réclamé doit être inscrit dans la case *TOTAL*; il est la somme des honoraires réclamés.

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

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 252 1364

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

INIT NOM DU DENTUROLOGISTE NUMÉRO GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE DATE DE L'AUTORISATION

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

Régie de l'assurance maladie Québec

DATE DES SERVICES

ANNÉE MOIS JOUR

1 3 0 4 0 1

1	ACTE	MONTANT	CS
2	51110		
3	51120	1 243,00	
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
TOTAL			
			EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE
			1 243,00

SPÉCIMEN

3.2.5.3 Services et rémunération

Le denturologiste ne peut réclamer de la Régie que les prothèses dentaires acryliques, en conformité avec la rémunération prévue à l'onglet 5. *Tarif*.

3.2.6 CS (Considération spéciale)

Inscrire dans la case CS la lettre appropriée lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes est rencontrée.

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 292 1304

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
NOM DE DÉPÔSÉ ET QU'IL S'AGISSE D'UN DÉPÔSÉ SEQUENTIEL DE LA CARTE			
DATE DE NAISSANCE	I ANNÉE I MOIS I JOUR I	SEXES I	EXPIRATION
ADRESSE		CODE POSTAL	
INT. NOM DU DENTUROLOGISTE	NUMÉRO	GROUPE	
N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		DATE DE L'AUTORISATION	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANNÉE	MOIS JOUR
SPÉCIMEN			
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.			
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE			

DATE DES SERVICES		ANNÉE	MOIS	JOUR
ACTE	MONTANT	CS		
1	51100			
2	51110			
3	51120			
4	52240			
5	52250			
6	52260			
7				
8				
9				
TOTAL				

R	EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE
---	------------------------------

LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE CS ET LEUR SIGNIFICATION :

- A :** - Considération spéciale ou document afférent.
- Renseignements complémentaires fournis sur la demande de paiement ou sur le formulaire *Document complémentaire* (n° 1944).
 - Lorsque le remplacement d'une prothèse dentaire est dû à une **chirurgie buccale** (selon l'article 5A de l'onglet 5. *Tarif*), voir les instructions de facturation au point 3.2.6.4 du présent onglet.
 - Pour la **personne assurée qui abandonne le traitement d'une prothèse acrylique**, voici les instructions de facturation : **inscrire la lettre « A »** dans la case CS, les honoraires demandés et les renseignements appropriés (ex. : 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* (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 3.2.6.5 de cet onglet.
- B :** - Refacturation après annulation ou refus de paiement. (voir le point 4.4.4 ou 4.5 sous l'onglet 4. *Paiement - messages explicatifs*).
- R :** - Remplacement d'une prothèse dentaire dû à **une perte ou à un bris** (selon l'article 5B de l'onglet 5. *Tarif*), voir les instructions de facturation au point 3.2.6.2.

3.2.6.1 Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques (nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 292 1004

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET QU'UN SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE : I ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE I

ADRESSE : CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTUROLOGISTE NUMÉRO GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE DATE DE L'AUTORISATION ANNÉE MOIS JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

Régie de l'assurance maladie Québec

DATE DES SERVICES	ANNÉE	MOIS	JOUR
	1,3	0,4	0,1

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100		
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260	777,00	
7			
8			
9			
TOTAL			
			777,00

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

Dans les cas suivants :

- 2 nouvelles prothèses ou remplacements de prothèses après 8 ans :

Pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants **pour les services de même nature** : (exemple ci-dessus)

- 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 à l'intérieur d'une période de 8 ans et 1 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**. Inscrire la lettre « **R** » dans la case CS 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 (pour un remplacement avant 8 ans et 1 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: $52260 = 777,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 388,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut donc 388,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 388,50 \$ et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $388,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 194,25 \$$.

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

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	388,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 194,25 \$
TOTAL du code d'acte 52260	582,75 \$

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

3.2.6.2 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 202 7004

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU QUINQUÉ
SÉQUENTIEL DE LA CARTE

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

ADRESSE | CODE POSTAL

INT. | NOM DU DENTUROLOGISTE | NUMÉRO | GROUPE

NO D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE | DATE DE L'AUTORISATION | ANNÉE | MOIS | JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Bris **SPÉCIMEN**

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

DATE DES SERVICES | ANNÉE | MOIS | JOUR

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100	349,50	R
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
TOTAL			
			349,50

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

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

Instructions de facturation

- **Inscrire** la lettre « **R** » dans la case CS
 - **Préciser** dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
 - **Indiquer** la date de la mise en bouche de la prothèse dans la case *DATE DES SERVICES*.
 - **Facturer** les honoraires à **50 % du tarif**.
- #
- Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
 - **L'original**, dûment signé, doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.6.3 Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

EXP. ANNEE MOIS JOUR

CODE POSTAL

PROF. NO. NOM DE GEN. GROUPE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Bris + remplacement, suite à une chirurgie buccale.
Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.

DE CENTRE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

	ACTE	MONTANT		CS
1	51100			EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE TOTAL 582,75
2	51110			
3	51120			
4	52240			
5	52250			
6	52260			
7	52261	582,75		
8				
9				

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale
- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et 1 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

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

- 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**. Inscire les lettres « **A** » et « **R** » dans la case CS. 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 (2 remplacements dont 1 fait suite à une chirurgie buccale) :

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 : 52261 = 777,00 \$ divisé par 2 = 388,50 \$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut donc 388,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 388,50 \$ et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : 388,50 \$ divisé par 2 = 194,25 \$

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

Valeur de la prothèse suite à une chirurgie buccale payable à 100 %	388,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 194,25 \$
TOTAL du code d'acte 52261	582,75 \$

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

3.2.6.4 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 252 1364

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

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

ADRESSE | CODE POSTAL

INT. | NOM DU GÉNÉRALISTE | GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE | DATE DE L'AUTORISATION
ANNÉE | MOIS | JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Remplacement suite à une chirurgie buccale.
Nom et numéro du professionnel qui a prescrit le remplacement.

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

DATE DES SERVICES | ANNÉE | MOIS | JOUR
1,3 | 0,4 | 0,1

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100		A
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7	51101	699,00	
8			
9			
			TOTAL
			699,00

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

Inscrire la lettre « **A** » dans la case *CS* et préciser dans la case *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 dentaire suite à une **chirurgie buccale**.

- # Aux fins de vérification, la Régie peut demander en tout temps une copie de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

L'original, dûment signé, doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.6.5 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de l'assurance maladie Québec			
NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ <div style="text-align: center;">①</div>	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ <div style="text-align: center;">②</div>	NUMÉRO DU GROUPE <div style="text-align: center;">③</div>	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT <div style="text-align: center;">④</div>
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE <div style="text-align: center;">⑤</div>	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE <div style="text-align: center;">⑥</div>	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR <div style="text-align: center;">⑦</div>	

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

- 1- **Nom du dispensateur de services** : initiale et nom de famille du denturologiste ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du dispensateur de services** : numéro d'inscription du denturologiste;
- # 3- **Numéro du groupe** : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu (voir définition du GROUPE à l'article 3.2.2).
- 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 du prestataire** : prénom usuel et nom de famille à la naissance;
- 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie du prestataire;
- 7- **Date du service** : date des services rendus;
- 8- **Dans cette partie du formulaire** : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans le bloc *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le denturologiste.

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

3.2.7 Signature du denturologiste

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 232 1384

Régie de l'assurance maladie Québec

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

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

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

ADRESSE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | CODE POSTAL

INIT. NOM DU DENTUROLOGISTE | NUMÉRO | GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE | DATE DE L'AUTORISATION ANNÉE | MOIS | JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

R. Yntel
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

DATE DES SERVICES | ANNÉE | MOIS | JOUR

	ACTE	MONTANT	CS
1	51100		EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
			TOTAL

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le denturologiste qui a fourni les services assurés.

Remarque : Les estampes, l'écriture en lettres moulées ainsi que les paraphes ne sont pas acceptés pour la signature.

3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du denturologiste 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.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes spécialement fournies à cette fin.

Toujours vous assurer que vos envois sont suffisamment affranchis et ne pas oublier d'inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

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

4. PAIEMENT

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le denturologiste doit soumettre sa demande de paiement **dûment complétée dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé.**

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement se fait toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de virement bancaire (dépôt direct) émis à l'ordre du denturologiste ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir le paiement.

Le virement (dépôt) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment complétées.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, une nouvelle demande de paiement doit être soumise dans les 3 mois de la date des services.

4.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE		Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4			
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉMISS. DE COMPTE		
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-03		
					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
					20AA-09-22 (T)	001	
					20AA-09-12 (P)	OR-40	002

①		②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	--	---	---	---	---	---	---	---

MONSIEUR ROBERT UNTEL 567, RUE FICTIVE QUÉBEC QC G1N 5C9 ⑨	Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ...1 800 463-4776
--	---

SOMMAIRE

SPÉCIMEN

PAIEMENTS ET RETENUES	
PAIEMENTS	
MONTANT NET	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)	

OR341 - 4702 092007
VOIR AU VERSO

4.3.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

4.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

1. NOM : Nom et prénom du denturologiste.
 2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du denturologiste (7 chiffres).
 3. NUMÉRO DE COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro du compte administratif du dispensateur, s'il y a lieu.
 4. NO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (dépôt direct) correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas il s'agit de la lettre « **V** ».
- #
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (dépôt direct) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates figurent sur l'état de compte. La forme de réception est indiquée par la lettre « **P** » papier ou « **T** » (Internet ou télécommunication).
 7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut servir de référence.
 8. PAGE : Numérotation des pages de l'état de compte.
 9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le denturologiste pour l'envoi de ses états de compte.

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paievements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

Déductions cumulatives (cotisation ADO)

Description des codes de transaction (TRA)

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec												ÉTAT DE COMPTE									
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4												DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE												20AA-09-22 (T)		20AA-09-12 (P)		OR-40					
NOM: UNTEL ROBERT												N° DU PROFESSIONNEL: 0-00000-0		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT: 00000		N° DU CHEQUE OU VIREMENT: 00000000 V		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE: 20AA-10-03		DE 002	
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRA EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRA EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERIS. ASS.	CODE TRA EXPL	MONTANT PAYÉ				
1a																					
2a																					
3a																					
4a																					
5a																					
6a																					
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																					
SPÉCIMEN																					
REMARQUE																					
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE																					
FIN DU RELEVÉ																					
OR341 - 4702 - 090307																					

4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 6a)

- 1a. NO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant (exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- 2a. DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : A0516 i.e. A pour le dernier chiffre de l'année, 05 pour mai et 16 pour le quantième.
- 3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom.
- 5a. CODE : Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.6) et à un message explicatif approprié (EXPL) (voir 4.8).
- 6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de la rectification (voir 4.4).

4.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le denturologiste est soumis (voir 4). Le denturologiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

4.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

4.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le denturologiste. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.4.2 Demande de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée d'un code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

4.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE ou Rx suivi du code de transaction « TRA » 02,10 ou 22 (voir 4.6) et du code de message explicatif approprié (voir 4.8).

Le denturologiste dispensateur qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision**. Les demandes de paiement révisées paraîtront à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 21.

Remarque : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de la Demande de prothèses dentaires acryliques** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale **lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse(s) acrylique(s).**

4.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 4.8). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Incrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, vous contestez la décision de la Régie ou fournissez des explications additionnelles à l'appui de votre demande. Les demandes de paiement révisées paraîtront à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 21.

4.4.5 Demande de révision

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court à compter de la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

- # Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) (voir l'onglet *Manuel et formulaires*) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Remarque : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de la Demande de prothèses dentaires acryliques** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de **prothèse(s) dentaire(s) acrylique(s)**.

4.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (voir 4.8).

Pour obtenir paiement, le denturologiste dispensateur doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, **dans un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

IMPORTANT : Incrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure, le cas échéant.

4.6 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif (voir **4.8**).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12; ne pas faire de demande de révision.
- 04- Demande de paiement annulée; à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 19- Forfait payé selon le groupe de vulnérabilité, le lieu de suivi, le taux de rémunération Annexe XII.
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 29- Révision du forfait annuel payé, en fonction des changements survenus en cours de période.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90- Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; l'information est incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96- DP (Demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du 3 mai AA.
- 97 et 98- Ajustement spéciaux de révision, l'information est incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

4.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)

Régie de l'assurance maladie
Québec

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

2016

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)					1	2
(3)	4	●	6	7	8	9
3	4	5	6	7	8	9
(4)	11	12	13	14	15	16
(5)	18	19	20	21	22	23
17	18	19	20	21	22	23
(16)	24	25	26	27	28	30
25	26	27	28	29	30	

FÉVRIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	32	●	34	35	36	37
(8)	39	40	41	42	43	44
1	2	3	4	5	6	
(9)	8	9	10	11	12	13
(10)	53	54	55	56	57	58
21	22	23	24	25	26	27
(11)	60					
28	29					

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		●	62	63	64	65
(12)	67	68	69	70	71	72
6	7	8	9	10	11	12
(13)	74	●	76	77	78	79
(14)	81	82	83	84	85	86
20	21	22	23	24	25	26
(15)	88	●	90	91		
27	28	29	30	31		

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)					92	93
(16)	95	96	97	98	99	100
3	4	5	6	7	8	9
(17)	102	●	104	105	106	107
10	11	12	13	14	15	16
(18)	109	110	111	112	113	114
(19)	116	●	118	119	120	121
24	25	26	27	28	29	30

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20)	123	124	125	126	127	128
(21)	130	●	132	133	134	135
8	9	10	11	12	13	14
(22)	137	138	139	140	141	142
(23)	144	●	146	147	148	149
(24)	151	152				
29	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)			153	154	155	156
(25)	158	●	160	161	162	163
5	6	7	8	9	10	11
(26)	165	166	167	168	169	170
(27)	172	●	174	175	176	177
19	20	21	22	23	24	25
(28)	179	180	181	182		
26	27	28	29	30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)					1	2
(29)	186	●	188	189	190	191
3	4	5	6	7	8	9
(30)	193	194	195	196	197	198
10	11	12	13	14	15	16
(31)	200	●	202	203	204	205
17	18	19	20	21	22	23
(32)	207	208	209	210	211	212
24	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214	●	216	217	218	219
(34)	221	222	223	224	225	226
7	8	9	10	11	12	13
(35)	228	●	230	231	232	233
14	15	16	17	18	19	20
(36)	235	236	237	238	239	240
21	22	23	24	25	26	27
(37)	242	●	244			
28	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)					1	2
(38)	249	250	251	252	253	254
4	5	6	7	8	9	10
(39)	256	●	258	259	260	261
11	12	13	14	15	16	17
(40)	263	264	265	266	267	268
18	19	20	21	22	23	24
(41)	270	●	272	273	274	
25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)					1	2
(42)	277	278	279	280	281	282
2	3	4	5	6	7	8
(43)	284	●	286	287	288	289
9	10	11	12	13	14	15
(44)	291	292	293	294	295	296
16	17	18	19	20	21	22
(45)	298	●	300	301	302	303
23	24	25	26	27	28	29

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)			306	307	308	310
(47)	312	●	314	315	316	317
6	7	8	9	10	11	12
(48)	319	320	321	322	323	324
13	14	15	16	17	18	19
(49)	326	●	328	329	330	331
20	21	22	23	24	25	26
(50)	333	334	335			
27	28	29	30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)					1	2
(51)	340	●	342	343	344	345
4	5	6	7	8	9	10
(52)	347	348	349	350	351	352
11	12	13	14	15	16	17
(53)	354	●	356	357	358	359
18	19	20	21	22	23	24
(54)	361	362	363	364	365	366
25	26	27	28	29	30	31

7099 232 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2017

JANVIER '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1) 2	3	4	5	6	7	
(2) 8	9	10	11	12	13	14
(3) 15	16	17	18	19	20	21
(4) 22	23	24	25	26	27	28
(5) 29	30	31				

FÉVRIER '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)			32	33	34	35
(6) 1	2	3	4			
(7) 5	6	7	8	9	10	11
(8) 12	13	14	15	16	17	18
(9) 19	20	21	22	23	24	25
(9) 26	27	28				

MARS '23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)			60	61	62	63
(10) 1	2	3	4			
(11) 5	6	7	8	9	10	11
(12) 12	13	14	15	16	17	18
(12) 19	20	21	22	23	24	25
(13) 26	27	28	29	30	31	

AVRIL '18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						91
(14) 2	3	4	5	6	7	8
(15) 9	10	11	12	13	14	15
(16) 16	17	18	19	20	21	22
(17) 23	24	25	26	27	28	29

MAI '22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16) 121	122	123	124	125	126	
(17) 1	2	3	4	5	6	
(18) 7	8	9	10	11	12	13
(19) 14	15	16	17	18	19	20
(20) 21	22	23	24	25	26	27
(21) 28	29	30	31			

JUIN '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)			152	153	154	
(23) 1	2	3				
(24) 4	5	6	7	8	9	10
(25) 11	12	13	14	15	16	17
(26) 18	19	20	21	22	23	24
(27) 25	26	27	28	29	30	

JUILLET '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						1
(27) 2	3	4	5	6	7	8
(28) 9	10	11	12	13	14	15
(29) 16	17	18	19	20	21	22
(30) 23	24	25	26	27	28	29

AOÛT '23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)						1
(32) 2	3	4	5	6	7	8
(33) 9	10	11	12	13	14	15
(34) 16	17	18	19	20	21	22
(35) 23	24	25	26	27	28	29
(36) 30	31					

SEPTEMBRE '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						1
(36) 2	3	4	5	6	7	8
(37) 9	10	11	12	13	14	15
(38) 16	17	18	19	20	21	22
(39) 23	24	25	26	27	28	29
(40) 30						

OCTOBRE '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	276	277	278		280
(41) 1	2	3	4	5	6	7
(42) 8	9	10	11	12	13	14
(43) 15	16	17	18	19	20	21
(44) 22	23	24	25	26	27	28
(44) 29	30	31				

NOVEMBRE '22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)			305	306		308
(45) 1	2	3	4	5	6	7
(46) 8	9	10	11	12	13	14
(47) 15	16	17	18	19	20	21
(48) 22	23	24	25	26	27	28
(48) 29	30					

DÉCEMBRE '17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						336
(49) 1	2					
(50) 3	4	5	6	7	8	9
(51) 10	11	12	13	14	15	16
(52) 17	18	19	20	21	22	23
(53) 24	25	26	27	28	29	30
(53) 31						

7095 20W 15C39

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

4.8 Codes de 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.
- 101** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, incomplets, invalides ou illisibles.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification du prestataire, 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 inscrit sur la demande de paiement ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification du prestataire. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification du prestataire, telle que fournie.
Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : *Identité du prestataire* sous l'onglet 3. *Rédaction de la demande de paiement*, soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 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 du prestataire sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification du prestataire 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 du prestataire, 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 admissible à un programme d'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.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèse dentaire reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide financière de dernier recours, 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.
- # **171** Le service n'est pas payable, car la personne assurée en a déjà fait le paiement à l'établissement où les services ont été rendus.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou à 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 le point 3.2.6.1 de l'onglet 3. *Rédaction de la demande de paiement* 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 vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car les informations apparaissant dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou sur le formulaire *Demande de prothèses dentaires acryliques* sont incompatibles avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 200** Les services pour lesquels vous demandez paiement ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 202** Selon les renseignements dont nous disposons, vous n'étiez pas admissible à recevoir paiement de la Régie à la date des services puisque vous n'avez pas signé l'accord prescrit à cette fin. Veuillez soumettre votre demande au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- # **211** Honoraires payés directement au dispensateur, parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- # **212** Honoraires payés directement au dispensateur, parce que le numéro de groupe est illisible.
- # **213** Honoraires payés directement au dispensateur, parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 311** La date de naissance du prestataire est postérieure à la date des services rendus.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.

- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter les renseignements suivants :
- La lettre « **B** » doit être inscrite dans la case C.S.
 - Le numéro d'identification de la demande de paiement initiale refusée ainsi que la date de l'état de compte sur lequel elle figurait doivent être inscrits dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- Voir les sections 4.4.4 et 4.5 sous l'onglet 4. *Paiement - Messages explicatifs*.
- 320** La date des services facturés sur cette demande de paiement est impossible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** La date des services facturés sur cette demande de paiement est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés sur cette demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 323** Paiement refusé en raison du non respect du délai entre la date d'autorisation de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et la date des services.
- 324** La date d'autorisation de la *Demande de prothèses dentaires acryliques* est absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'accord.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'accord.
- 333** Les honoraires de l'acte sont non payables. Vous devez vous conformer à l'avis relié au code d'acte facturé.
- 355** En fonction du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé, une seule prothèse est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- 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 l'onglet 5. *Tarif* de votre manuel.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à l'onglet 5. *Tarif* de votre manuel à la date des services.
- 370** L'âge du prestataire 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.

- 401** L'acte pour lequel vous demandez paiement est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404** L'acte pour lequel vous demandez paiement n'est pas assuré pour ce prestataire.
- 406** L'acte pour lequel vous demandez paiement est assuré pour un prestataire d'un programme d'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.
- 414** L'acte pour lequel vous demandez paiement a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe de la demande de paiement en référence.
- 419** Selon la règle 1 du tarif, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 431** Le prestataire est un revendicateur du statut de réfugié dont le carnet de réclamation porte la mention « Document de CIC requis » (CIC : Citoyenneté et Immigration Canada). La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services.
- 433** Le service pour lequel vous demandez paiement ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 434** Vous devez joindre les pièces justificatives demandées conformément à l'avis concernant le code d'acte facturé.
- 486** Selon la règle 1 du tarif, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** En raison de son libellé, la réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée.
- 617** Conformément au maximum prévu au tarif.
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés dans le cas de remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 654** Conformément à la règle 5 du tarif, vous devez nous indiquer la raison qui motive le remplacement de prothèse. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu. Voir la section 3.2.6 sous l'onglet 3. *Rédaction de la demande de paiement.*
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.

- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 677** Lors du remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans pour les cas de perte ou de bris irréparable, l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 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.
- 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.
- # 892** Service modifié ou révisé à la suite d'une évaluation dentaire par la Régie et selon les renseignements fournis. Aucune refacturation n'est acceptée pour ce service. Seule une demande de révision peut être présentée accompagnée des renseignements complémentaires qui justifient votre facturation.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du dispensateur a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement mutilée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de pratique.
- 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.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 912** Le numéro d'autorisation et la date de cette autorisation doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin lors de la facturation d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse dentaire acrylique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.

- 936** Les services facturés ne sont pas assurés en vertu du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles.
- 940** Le numéro d'inscription du dispensateur à la Régie, qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné (voir la section relative à l'identité du denturologiste, sous l'onglet 3. *Rédaction de la demande de paiement*). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 942** La date des services est absente, incomplète ou erronée (voir la section : *Avant-propos*, sous l'onglet 3. *Rédaction de la demande de paiement*). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 944** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 951** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Profils médicaux.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 969** En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature de l'acte, **la règle d'application**, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**, le code d'acte est non payable s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.

5. TARIF

PROTHÈSE DENTAIRE ACRYLIQUE

1. La prothèse est rémunérée lorsqu'elle est mise en bouche.

AVIS : *La date des services correspond à la date de la mise en bouche de la prothèse dentaire par le denturologiste. Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.*

2. Une prothèse dentaire complète par maxillaire est rémunérée par période de **huit ans**.

3. Une prothèse dentaire partielle par maxillaire avec ou sans crochets ou appuis est rémunérée par période de **huit ans**.

4. Le coût du regarnissage n'est autorisé qu'une fois par période de cinq ans, après un délai de trois mois de l'obtention d'une prothèse dentaire.

5A Le coût du remplacement d'une prothèse dentaire à l'intérieur d'une période de **huit ans** est autorisé à 100 % **du tarif prévu** par le règlement lorsque le remplacement est dû à une **chirurgie buccale** et sur ordonnance écrite d'un chirurgien dentiste ou d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

AVIS : *Voir section 3.2.6.4 sous l'onglet 3.* Rédaction de la demande de paiement.

5B Le remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle est permis en tout temps en cas de **perte** ou de **bris** irréparable jusqu'à concurrence de la **moitié du tarif prévu**.

AVIS : *Voir section 3.2.6.2 sous l'onglet 3.* Rédaction de la demande de paiement.

6. La confection d'une prothèse dentaire complète ou partielle, son remplacement et le regarnissage sont rémunérés sur présentation par le prestataire au denturologiste d'une autorisation (*Demande de prothèses dentaires acryliques*) émise à cette fin par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Le paiement de ces services nécessite une présence de 24 mois consécutifs à l'aide.

7. L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout de structure à une prothèse partielle. La présentation du carnet de réclamation valide permet d'obtenir ces services.

8. Les délais et périodes prévus ci-dessus se calculent à compter du dernier service reçu par le prestataire.

AVIS : *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet 3.* Rédaction de la demande de paiement.

9. Les tarifs mentionnés à la présente section comprennent trois visites de contrôle lorsqu'elles sont nécessaires.

PROTHÈSE DENTAIRE ACRYLIQUE

AVIS : *Ce supplément est payable seulement une fois, soit lors de la mise en bouche d'une prothèse dentaire à une personne assurée.*

+94541 Supplément pour l'asepsie 6,50

A) CONFECTION

AVIS : *Référez à l'onglet 3. Rédaction de la demande de paiement pour les instructions de facturation :*

*Facturation simultanée de deux prothèses (section 3.2.6.1) et
Remplacement d'une prothèse suite à une perte ou à un bris (section 3.2.6.2)*

Complète

+51100	supérieure.	717,00
+51110	inférieure.	924,00
+51120	supérieure et inférieure	1 275,00

Partielle

+52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
+52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
+52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	797,00

B) REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

AVIS : *Référez à l'onglet 3. Rédaction de la demande de paiement pour les instructions de facturation :*

*Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale (section 3.2.6.3)
Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale (section 3.2.6.4).*

Complète

+51101	supérieure.	717,00
+51111	inférieure.	924,00
+51121	supérieure et inférieure	1 275,00

Partielle

+52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
+52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	439,00
+52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	797,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	223,00
56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	223,00

AVIS : *Le regarnissage est payable trois mois après la date de la mise en bouche. Par la suite, le regarnissage est payable une fois aux cinq ans, selon l'article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.*

55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	99,50
55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	99,50

55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	133,50
55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	133,50

AVIS : *La réparation inclut les matériaux pour procéder à la réparation. La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202). L'autorisation du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

55520	Ajout de structure à une prothèse partielle maxillaire supérieur	133,50
55530	maxillaire inférieur	133,50

**AVIS :** *L'ajout de structure se définit comme l'ajout d'une ou de plusieurs dents, d'un ou de plusieurs crochets ou d'un ou de plusieurs appuis. L'autorisation du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

ABANDON DU TRAITEMENT PAR LE PRESTATAIRE

AVIS : *Fournir les renseignements appropriés. Voir la section 3.2.6 sous l'onglet 3. Rédaction de la demande de paiement.*

Complète

51102	supérieure	C.S.
51112	inférieure	C.S.
51122	supérieure et inférieure	C.S.

Partielle

52242	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52252	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.
52262	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	C.S.

6. MANUEL ET FORMULAIRES

6.1 MANUEL SUR LE SITE WEB

Le manuel des denturologistes est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels dans la section réservée à votre profession.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

S

6.2 FORMULAIRES

6.2.1 FORMULAIRES SUR LE SITE WEB

La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie.

6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

- # À sa demande, le denturologiste utilisant la demande de paiement 1700 papier peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

S

6.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.