

### 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 2562 3064

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE (1)  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

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

ADRESSE | CODE POSTAL

PRENOM | NOM DU DENTUROLOGISTE (2) | NUMÉRO | GROUPE

NF D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE (3) | DATE DE L'AUTORISATION ANNÉE | MOIS | JOUR

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (4) **SPÉCIMEN**

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS. (9)  
 SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

Régie de l'assurance maladie Québec

DATE DES SERVICES (5) | ANNÉE | MOIS | JOUR

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

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE (7)

TOTAL (8)

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 1304

#

NOMBRE D'ASSURANCE MALADIE <b>BENJ 7002 2710</b>		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE <b>JEAN BÉNÉFICIAIRE</b>		DATE DES SERVICES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE <b>70 02 27 M</b>		EXPIRATION	
ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE		ANNÉE   MOIS	
ADRESSE <b>100, FICTIVE, QUÉBEC</b>		CODE POSTAL <b>W 1 C 1 4 K 4</b>	
INT. NOM DU DENTUROLOGISTE	NUMÉRO	CS	
N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		<b>EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE</b>	
DATE DE L'AUTORISATION ANNÉE MOIS JOUR			
SPÉCIMEN			
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.			
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE			

	ACTE	MONTANT	
1	51100		
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			<b>TOTAL</b>
9			

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

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	ACTE			
2	51100			
3	51120			
4	52240			
5	52250			
6	52260			
7				
8				
9				

ACTE	MONTANT	CS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
<b>TOTAL</b>		

**EXEMPLAIRE  
DU  
DENTUROLOGISTE**

- 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  
SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

EXPRIATION

CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTUROLOGISTE NUMÉRO GROUPE

N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE

DATE DE L'AUTORISATION

# 04222 1,3 0,8 1,5

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**SPÉCIMEN**

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE

DATE DES SERVICES

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

EXEMPLAIRE 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.

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

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

**Autorisation du centre local d'emploi**

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

Remarques : \_\_\_\_\_

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

**IMPORTANT :**

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

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

**Réservé au Ministère**

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

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (10-2012)

**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

ADRESSE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

EXPIRATION

COTE POSTAL

INT. NOM DU DENTUROLOGISTE

NUMÉRO

GROUPE

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

  

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

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

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

EXPIRATION

CODE POSTAL

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	ANNÉE	MOIS	JOUR
	1	3	0,4,0,1

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

CS

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

## 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

Régie de l'assurance maladie Québec

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

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		EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE
2 51110		
3 51120	1 243,00	
4 52240		
5 52250		
6 52260		
7		
8		
9		
<b>TOTAL</b>		1 243,00

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 1804

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE  
NOM DE DÉPÔSÉ ET/OU N° SÉQUENTIEL DE LA CARTE

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

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

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		R
2	51110		
3	51120		
4	52240		EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
		<b>TOTAL</b>	

## 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)

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE

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

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

ADRESSE : CODE POSTAL

INT. NOM DU DENTUROLOGISTE : NUMERO : 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		
<b>TOTAL</b>		<b>777,00</b>

**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 \$	
<b>TOTAL du code d'acte 52260</b>	<b>582,75 \$</b>	

**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 QUINQUÉNIÉ  
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			
<b>TOTAL</b>			
			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

PROF. NOM DU DENTUROLOGISTE

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

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 292 13094

Régie de l'assurance maladie Québec

DATE DES SERVICES

ANNÉE	MOIS	JOUR
1,3	0,4	0,1

ACTE	MONTANT		CS				
1 51100			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 2em;">A R</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">TOTAL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">582,75</td> </tr> </table>	A R	EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE	TOTAL	582,75
A R							
EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE							
TOTAL							
582,75							
2 51110							
3 51120							
4 52240							
5 52250							
6 52260							
7 52261	582,75						
8							
9							

TOTAL

582,75

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**. Inscrire 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 \$
<b>TOTAL du code d'acte 52261</b>	<b>582,75 \$</b>

**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 | GROUPE

INT. NOM DU CHIRURGIEN DENTISTE

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			
<b>TOTAL</b>			
			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.





## 3.2.7 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 | ANS | MOIS | JOURS | EXPIRATION

ADRESSE | 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			TOTAL
9			

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