



MANUEL DES DENTUROLOGISTES

MISE À JOUR 16
SEPTEMBRE 2011

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

TABLE DES MATIÈRES

- Changements d'ordre administratif

Page : [2](#)

PRESTATAIRES

- Changements d'ordre administratif

Page : [1](#)

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification des calendriers de paiement

Pages : [8](#) et [9](#)

- Modification du message 360 et ajout du message 431

Pages : [12](#) et [13](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modification du formulaire n° 2907

Page : [1](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 168 / 2010-11-15

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, 2008
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 

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. TEXTE DE L'ACCORD	1
ANNEXE I	3
2. PRESTATAIRES	1
3. DEMANDE DE PAIEMENT	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	2
3.2.1 Identité du prestataire	2
3.2.2 Identité du denturologiste	3
3.2.3 <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i> Numéro et date de l'autorisation	4
3.2.3.1 Formulaire <i>Demande de prothèses dentaires acryliques</i>	5
3.2.4 Renseignements complémentaires	7
3.2.5 Date et facturation des services	8
3.2.5.1 La date du ou des services fournis	8
3.2.5.2 Facturation des services fournis	8
3.2.5.3 Services et rémunération	8
3.2.6 C.S. (Cas spécial)	9
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>)	10
3.2.6.2 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique suite à une perte ou un bris	11
3.2.6.3 Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	12
3.2.6.4 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique suite à une chirurgie buccale	13
3.2.6.5 Document complémentaire (<i>formulaire n° 1944</i>)	14
3.2.7 Signature du denturologiste	15
3.3 EXPÉDITION	15
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 (2010)	8
# CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)	9
4.8 MESSAGES EXPLICATIFS	10
5. TARIF	1
6. MANUELS ET FORMULAIRES	1

2. PRESTATAIRES

(Programmes d'aide financière de dernier recours)

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

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

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

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

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

- Valide : Remplir une demande de paiement pour le service rendu.
- Non valide : La Régie ne paie pas le coût des services.

Si non présent, remplir une demande de paiement.

Le **volet de droite** identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles aux services de prothèses dentaires acryliques. Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant le bien ou le service **doit figurer sur ce volet**.

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

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

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 (2010)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2010

JANVIER *19

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)	32	33	34	35	36	37
(7)	1	2	3	4	5	6
(8)	7	8	9	10	11	12
(9)	13	14	15	16	17	18
(10)	19	20	21	22	23	24
(11)	25	26	27	28	29	

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)	60	61	62	63	64	65
(11)	1	2	3	4	5	6
(12)	7	8	9	10	11	12
(13)	13	14	15	16	17	18
(14)	19	20	21	22	23	24
(15)	25	26	27	28	29	30
(16)	31					

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				91	92	93
(15)	1	2	3	4	5	6
(16)	7	8	9	10	11	12
(17)	13	14	15	16	17	18
(18)	19	20	21	22	23	24
(19)	25	26	27	28	29	30

MAI *20

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

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)			153	154	155	156
(24)	1	2	3	4	5	6
(25)	7	8	9	10	11	12
(26)	13	14	15	16	17	18
(27)	19	20	21	22	23	24
(28)	25	26	27	28	29	30

JUILLET *21

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

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	215	216	217	218	219
(33)	1	2	3	4	5	6
(34)	7	8	9	10	11	12
(35)	13	14	15	16	17	18
(36)	19	20	21	22	23	24
(37)	25	26	27	28	29	30
(38)	31					

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)			1	2	3	4
(37)	5	6	7	8	9	10
(38)	11	12	13	14	15	16
(39)	17	18	19	20	21	22
(40)	23	24	25	26	27	28
(41)	29	30	31			

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)				1	2	3
(41)	4	5	6	7	8	9
(42)	10	11	12	13	14	15
(43)	16	17	18	19	20	21
(44)	22	23	24	25	26	27
(45)	28	29	30	31		

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)	305	307	308	309	310	311
(46)	1	2	3	4	5	6
(47)	7	8	9	10	11	12
(48)	13	14	15	16	17	18
(49)	19	20	21	22	23	24
(50)	25	26	27	28	29	30

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)			1	2	3	4
(50)	5	6	7	8	9	10
(51)	11	12	13	14	15	16
(52)	17	18	19	20	21	22
(53)	23	24	25	26	27	28
(54)	29	30	31			

7095_232_0911

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2011

JANVIER *19

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						
	1	2	3	4	5	
(7)	38	●	40	41	42	43
	6	7	8	9	10	11
(8)	45	46	47	48	▼	50
	13	14	15	16	17	18
(9)	52	●	54	55	56	57
	20	21	22	23	24	25
(10)	59					
	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)						
	1	2	3	4	5	
(11)	66	●	68	69	70	71
	6	7	8	9	10	11
(12)	73	74	75	76	▼	78
	13	14	15	16	17	18
(13)	80	●	82	83	84	85
	20	21	22	23	24	25
(14)	87	88	89	90		
	27	28	29	30	31	

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)						
				1	2	
(15)	94	●	96	97	98	99
	3	4	5	6	7	8
(16)	101	102	103	104	▼	106
	10	11	12	13	14	15
(17)	108	●	110	111	112	113
	17	18	19	20	21	22
(18)	115	116	117	118	▼	120
	24	25	26	27	28	29
	30	31				

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)						
	1	2	3	4	5	6
(19)	122	●	124	125	126	127
	8	9	10	11	12	13
(20)	129	130	131	132	▼	134
	15	16	17	18	19	20
(21)	136	●	138	139	140	141
	22	23	24	25	26	27
(22)	143	144	145	146	▼	148
	29	30	31			
(23)	150					

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						
				1	2	3
(23)	157	158	159	160	▼	162
	5	6	7	8	9	10
(25)	164	●	166	167	168	169
	12	13	14	15	16	17
(26)	171	172	173	174	▼	176
	19	20	21	22	23	24
(27)	178	●	180	181		
	26	27	28	29	30	

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)						
				1	2	
(28)	185	186	187	188	▼	190
	3	4	5	6	7	8
(29)	192	●	194	195	196	197
	10	11	12	13	14	15
(30)	199	200	201	202	▼	204
	17	18	19	20	21	22
(31)	206	●	208	209	210	211
	24	25	26	27	28	29
	30	31				

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						
	1	2	3	4	5	6
(33)	220	●	222	223	224	225
	7	8	9	10	11	12
(34)	227	228	229	230	▼	232
	14	15	16	17	18	19
(35)	234	●	236	237	238	239
	21	22	23	24	25	26
(36)	241	242	243			
	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						
				1	2	3
(37)	248	●	250	251	252	253
	4	5	6	7	8	9
(38)	255	256	257	258	▼	260
	11	12	13	14	15	16
(39)	262	●	264	265	266	267
	18	19	20	21	22	23
(40)	269	270	271	272		
	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						
						1
(41)	276	●	278	279	280	281
	2	3	4	5	6	7
(42)	283	284	285	286	▼	288
	9	10	11	12	13	14
(43)	290	●	292	293	294	295
	16	17	18	19	20	21
(44)	297	298	299	300	▼	302
	23	24	25	26	27	28
	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						
				1	2	3
(46)	311	312	313	314	▼	316
	6	7	8	9	10	11
(47)	318	●	320	321	322	323
	13	14	15	16	17	18
(48)	325	326	327	328	▼	330
	20	21	22	23	24	25
(49)	332	●	334			
	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						
				1	2	3
(50)	339	340	341	342	▼	344
	4	5	6	7	8	9
(51)	346	●	348	349	350	351
	11	12	13	14	15	16
(52)	353	354	355	356	▼	358
	18	19	20	21	22	23
(53)	360	●	362	363	364	365
	25	26	27	28	29	30
	31					

7095_292_09/11

() - 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 « 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.
- 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 l'onglet « Rédaction de la demande de paiement, point 3.2.6.1 » 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.
- 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 « 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 la section « Tarif » de votre manuel.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la section « 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 « Carte d'assurance maladie requise ». La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services. Les services peuvent être réclamés par le biais du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), s'il y a lieu.
- 433** Le service pour lequel vous demandez paiement ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 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 « 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.
- 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 « Rédaction de la demande de paiement »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

6. MANUELS ET FORMULAIRES

6.1 MANUELS

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque nouveau denturologiste **oeuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire du manuel des denturologistes.

COMMANDE

Le denturologiste peut obtenir des exemplaires supplémentaires ou d'autres manuels publiés par la Régie moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

MANUELS DANS INTERNET

Les manuels de la Régie sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Le denturologiste peut les consulter, les télécharger et imprimer les pages désirées. L'adresse du site Internet se trouve en page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

6.2 FORMULAIRES

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque denturologiste une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

COMMANDE

Pour toute commande de formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

FORMULAIRES DANS INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. Le denturologiste peut les consulter, les télécharger et les imprimer. Référez également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

6.3 LISTE DES FORMULAIRES

Formulaires disponibles	Numéro
Formulaires relatifs à la facturation	
Demande de révision	1549
Demande de paiement	1700
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet Rédaction de la demande de paiement, <i>section 3.2.6.5</i>) . .	1944
Accord RAMQ - denturologiste	3449
Autres formulaires	
Commande de formulaires	1491
# Demande de matériel de facturation pour dispensateur de services	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Changement d'adresses	3102