

MANUEL DES DENTUROLOGISTES

MISE À JOUR 17
SEPTEMBRE 2013

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

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) et [2](#)

TEXTE DE L'ACCORD

- Modification du texte de l'Accord

Pages : [1](#) et [2](#)

DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#) à 17

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications d'ordre administratif

Page : [3](#)

- Modification des calendriers de paiement

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

- Ajout des messages 171, 211, 212, 213 et 434

Pages : [11](#) et [13](#)

TARIF

- Modifications de tarifs

Pages : [2](#) et [3](#)

- Modifications 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 : 212 / 2011-12-12, 206 / 2012-11-26 et 018 / 2013-05-06

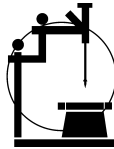
LÉGENDE

- 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 



**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

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.

À sa demande, le denturologiste pourra recevoir gratuitement une version papier de ce manuel. Les mises à jour papier lui seront par la suite transmises par la poste. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuel et formulaires* de ce manuel.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, 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
 - Montréal : 514 873-5951

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
ANNEXE I	3
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 (2012)	8
# CALENDRIER DE PAIEMENT (2013)	9
4.8 MESSAGES EXPLICATIFS	10
5. TARIF	1
6. MANUEL ET FORMULAIRES	1
#6.1 MANUEL	1
# 6.1.1 Manuel sur Internet	1
# 6.1.2 Manuel papier et commande	1
#6.2 FORMULAIRES	1
# 6.2.1 Formulaire sur Internet	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 la sécurité du revenu (RLRQ, chapitre S-3.1.1), le tout conformément à l'article 25, paragraphe 2°, et à l'article 29 du Règlement sur la sécurité du revenu, la Régie et le denturologiste conviennent de ce qui suit :

1. En conformité avec l'article 29 du Règlement sur la sécurité du revenu, 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 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 la sécurité du revenu, 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 la sécurité du revenu, 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 à :

- 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 29 du Règlement sur la sécurité du revenu 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 la sécurité du revenu, 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 QUEBEC**

..... par :

AVIS : *Ce texte de l'accord est proposé par la Régie. Vous êtes invité(e) à consulter le texte de l'Annexe 1 du Règlement sur le soutien du revenu. Dans le seul but de vous faciliter la tâche, nous reproduisons, à la page 3 du présent onglet, le texte de cette Annexe.*

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1700)

3.0 AVANT-PROPOS

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

Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Internet de la Régie à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Les coordonnées complètes pour la transmettre sont 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.**
- Écrire les renseignements **lisiblement**, de préférence à la machine à écrire ou en lettres moulées.
- 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 n° 1700)

La demande de paiement comporte neuf sections.

#

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 252 3004	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		
①		
DATE DE NAISSANCE		
I ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE I		EXPIRATION
ADRESSE		CODE POSTAL
PNT	NOM DU DENTUROLOGISTE	NUMÉRO
		GROUPE
N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		DATE DE L'AUTORISATION
③		ANNÉE MOIS JOUR
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		
SPÉCIMEN		
(JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.)		
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE		
⑨		

Régie de l'assurance maladie Québec			
DATE DES SERVICES	ANNÉE	MOIS	JOUR
⑤			
1	ACTE	MONTANT	CS
2	51110		
3	51120		
4	52240		
5	52250		
6	52260		
7			
8			
9			
TOTAL			
			⑧

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

⑦

⑥

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 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.

2

MAJ 17 / septembre 2013 / 99

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

3.2.1 Identité du prestataire

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE 1700 252 1304

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

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	ANNÉE	MOIS	JOUR	CS
1	51100			EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE
2	51110			
3	51120			
4	52240			
5	52250			
6	52260			
7				
8				
9				

TOTAL

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.

3.2.3.1 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 A S P D	Faite	Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille				Numéro d'assurance maladie du membre de la famille			
Type	Codes de besoin	Supérieure		Inférieure		Les deux			
A – Annulation R – Remplacement E – Extension		Correction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Correction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Correction, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale		
NUMÉRO D'AUTORISATION <small>Vous ne devez pas inscrire votre numéro</small>		Prothèse complète	51100 51101	51110 51111	51120 51121	51260 51261	51261		
		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 10/04

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 | ANNEE | MOIS

ADRESSE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION

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

CS

A

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

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

CS

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 SÉQUENTIEL 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

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

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

TOTAL
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	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		DATE DES SERVICES	
	NOM DE DÉPÔSÉ ET QU'IL NOUVEAU SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE		ACTE	
	I ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE I		MONTANT	
	EXPIRATION		1 51100	
	ADRESSE		2 51110	
	CODE POSTAL		3 51120	
	AVT. NOM DU DENTUROLOGISTE		4 52240	
	NUMÉRO GROUPE		5 52250	
N° D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		6 52260		
DATE DE L'AUTORISATION		7		
ANNÉE MOIS JOUR		8		
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		9		
Bris		TOTAL		
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.				
SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE				

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 SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | 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

CS

EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

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 : ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | ÂGE

ADRESSE : CODE POSTAL

NT : NOM DU CENTRE DE SOINS | GROUPE

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Bris + 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

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 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**. Inscrive 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 : $52261 = 777,00 \$ \div 2 = 388,50 \$$.

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 % : $388,50 \$ \div 2 = 194,25 \$$

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 SEQUENTIEL 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			
			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.

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 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 dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
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, télécommunication ou disquette).
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 Paielements 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 A.D.Q.)

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																					

4.6 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 (2012)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2012

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

FÉVRIER					
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN
(6)			1	2	3
(7)	37	38	39	40	41
(8)	42	43	44	45	46
(9)	47	48	49	50	51
(10)	52	1	2	3	4

MARS						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)				1	2	3
(11)	65	66	67	68	69	70
(12)	71	72	73	74	75	76
(13)	77	78	79	80	31	

AVRIL						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(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					
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN
(19)		1	2	3	4
(20)	123	124	125	126	127
(21)	128	129	130	131	132
(22)	133	134	135	136	137
(23)	138	139	140	141	142

JUIN						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)					1	2
(24)	153	154	155	156	157	158
(25)	159	160	161	162	163	164
(26)	165	166	167	168	169	170
(27)	171	172	173	174	175	176

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

AOÛT					
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN
(32)			1	2	3
(33)	214	215	216	217	218
(34)	219	220	221	222	223
(35)	224	225	226	227	228
(36)	229	230	231	232	233

SEPTEMBRE						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						1
(37)	247	248	249	250	251	252
(38)	253	254	255	256	257	258
(39)	259	260	261	262	263	264
(40)	265	266	267	268	269	270

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

NOVEMBRE					
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN
(45)				1	2
(46)	306	307	308	309	310
(47)	311	312	313	314	315
(48)	316	317	318	319	320
(49)	321	322	323	324	325

DÉCEMBRE						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						1
(50)	338	339	340	341	342	343
(51)	344	345	346	347	348	349
(52)	350	351	352	353	354	355
(53)	356	357	358	359	360	361

7095 282 10/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2013)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2013

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)					1	2
(7)	35	●	37	38	39	40
(8)	42	43	44	45	46	47
(9)	49	●	51	52	53	54
(10)	56	57	58	59		
	24	25	26	27	28	

MARS *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)					1	2
(11)	63	●	65	66	67	68
(12)	70	71	72	73	74	75
(13)	77	●	79	80	81	82
(14)	84	85	86	87	88	89
(15)	24	25	26	27	28	29
	31					

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		1	2	3	4	5
(16)	98	99	100	101	102	103
(17)	105	●	107	108	109	110
(18)	112	113	114	115	116	117
(19)	119	●				
	28	29	30			
	29	30				

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)			121	122	123	124
(20)	126	127	128	129	130	131
(21)	133	●	135	136	137	138
(22)	140	141	142	143	144	145
(23)	147	●	149	150	151	
	26	27	28	29	30	31

JUIN *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						1
(24)	154	155	156	157	158	159
(25)	161	●	163	164	165	166
(26)	168	169	170	171	172	173
(27)	175	●	177	178	179	180
(28)	23	24	25	26	27	28
	30					

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
(29)	189	●	191	192	193	194
(30)	196	197	198	199	200	201
(31)	203	●	205	206	207	208
(32)	210	211	212			
	28	29	30	31		

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)				1	2	3
(33)	217	●	219	220	221	222
(34)	224	225	226	227	228	229
(35)	231	●	233	234	235	236
(36)	238	239	240	241	242	243
	25	26	27	28	29	30
	31					

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	245	●	247	248	249	250
(38)	252	253	254	255	256	257
(39)	259	●	261	262	263	264
(40)	266	267	268	269	270	271
(41)	273					
	29	30				

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)		1	2	3	4	5
(42)	280	281	282	283	284	285
(43)	287	●	289	290	291	292
(44)	294	295	296	297	298	299
(45)	301	●	303	304		
	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)					305	306
(47)	315	●	317	318	319	320
(48)	322	323	324	325	326	327
(49)	329	●	331	332	333	334
	24	25	26	27	28	29
	30					

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	336	337	338	339	340	341
(51)	343	●	345	346	347	348
(52)	350	351	352	353	354	355
(53)	357	●	359	360	361	362
(54)	364	365				
	29	30	31			

7095 202 1 11/11

() = 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 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 « 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.
- # **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 donnés 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 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 6,25

AVIS : Ce supplément doit être facturé sur la même demande de paiement que la prothèse dentaire ayant fait l'objet de la mise en bouche, à l'exception des codes d'acte de 1 000 \$ ou plus.

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.	699,00
+51110	inférieure.	901,00
+51120	supérieure et inférieure	1 243,00

Partielle

+52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	777,00

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.	699,00
+51111	inférieure.	901,00
+51121	supérieure et inférieure	1 243,00

Partielle

+52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	427,00
+52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	777,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

+ 56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	217,00
+ 56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	217,00

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)	97,00
+ 55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	97,00

+ 55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	130,00
+ 55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	130,00

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 de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise.*

+ 55520	Ajout de structure à une prothèse partielle maxillaire supérieur	130,00
+ 55530	maxillaire inférieur	130,00

AVIS : *L'ajout de structure se définit comme l'ajout de dent, de crochet ou d'appui. L'autorisation du ministère 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

6.1.1 MANUEL SUR INTERNET

Le manuel destiné aux denturologistes est mis à jour régulièrement et disponible dans le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

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

6.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande du denturologiste, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste.

Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire *Demande de manuel ou brochure (format papier)* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Internet de la Régie.

Le denturologiste peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

6.2 FORMULAIRES

6.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Internet et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le denturologiste utilisant les demandes de paiement papier (n° 1700), 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*.

D'autres formulaires et demandes de paiement papier sont disponibles. La liste des principaux formulaires papier figure au verso du formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491).

6.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le site Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Pour achever votre demande, référez-vous aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.