



MANUEL DES DENTUROLOGISTES

MISE À JOUR 19
JUILLET 2017

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

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

TABLE DES MATIÈRES

- Actualisation de la table

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

TEXTE DE L'ACCORD

- Modifications au texte de l'Accord

Pages : [1](#) à 3

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification d'ordre administratif

Page : [1](#)

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Actualisation des calendriers de paiement

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

- Ajout du message explicatif 892

Page : [14](#)

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [3](#) et [14](#)

TARIF

- Modification d'ordre administratif

Page : [3](#)

MANUEL ET FORMULAIRES

- Modifications d'ordre administratif

Page : 1

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

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

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

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

Site Internet de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

S

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

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

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

Par télécopieur :

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

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

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

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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

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

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

PRÉNOM ET NOM LÉGAUX :

(ci-après désigné comme le denturologiste)

ADRESSE DU DOMICILE :

NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE :

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

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

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

– un groupe de denturologistes;

– une société de denturologistes dont il est membre;

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

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

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

– un groupe de denturologistes;

– une société de denturologistes dont il est membre;

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

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

2. Le denturologiste s'engage :

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

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

SIGNÉ À, le jour de 20

DENTUROLOGISTES

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

..... par :

S

S

TARIFICATION

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

Voir l'onglet Tarif.

S

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1700)

3.0 AVANT-PROPOS

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

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'accord et qui sont nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

- **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**
- Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules.
- Toute erreur ou omission (date, numéro d'assurance maladie, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.
- Inscrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres.
- Ainsi le 18 mai 20AA s'écrit AA-05-18.
- Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1700)

La demande de paiement comporte neuf sections.

DEMANDE DE PAIEMENT - DENTUROLOGISTE - 1700 2562 3064	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES	
	DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR	
	ADRESSE		EXPANSION	
	ANT. NOM DU DENTUROLOGISTE		CODE POSTAL	
	NUMÉRO		GROUPE	
	NF D'AUTORISATION DU BUREAU D'AIDE SOCIALE		DATE DE L'AUTORISATION	
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANNÉE MOIS JOUR	
	RECEVOIR		EXEMPLAIRE DU DENTUROLOGISTE	
	SIGNATURE DU DENTUROLOGISTE		TOTAL	

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

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

La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il doit figurer dans toute correspondance relative à cette dernière.

4. PAIEMENT

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

4.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

4.3 ÉTAT DE COMPTE

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

SPÉCIMEN

PAIEMENTS ET RETENUES

PAIEMENTS

MONTANT NET

DÉDUCTIONS CUMULATIVES

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)

OR341 - 4702 092007
VOIR AU VERSO

4.3.1 Description

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

4.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

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

Sommaire

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

Messages généraux

Paiements et retenues

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

Déductions cumulatives (cotisation ADO)

Description des codes de transaction (TRA)

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

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

4.6 CODES DE TRANSACTIONS

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

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

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

4.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)

Régie de l'assurance maladie
Québec

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

2016

JANVIER *19

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

FÉVRIER *21

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

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		1	2	3	4	5
(12)	67	68	69	70	▼	72
(13)	74	●	76	77	78	79
(14)	81	82	83	84	▼	86
(15)	20	21	22	23	24	25
(16)	26	27	28	29	30	31

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)					1	2
(16)	95	96	97	98	▼	100
(17)	102	●	104	105	106	107
(18)	109	110	111	112	▼	114
(19)	116	117	118	119	120	121
(20)	24	25	26	27	28	29

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20)	123	124	125	126	▼	128
(21)	130	●	132	133	134	135
(22)	137	138	139	140	▼	142
(23)	144	●	146	147	148	149
(24)	151	152				
(25)	29	30	31			

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)			153	154	▼	156
(25)	158	●	160	161	162	163
(26)	165	166	167	168	▼	170
(27)	172	●	174	175	176	177
(28)	179	180	181	182	▼	
(29)	20	21	22	23	24	25
(30)	26	27	28	29	30	

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)					1	2
(29)	186	●	188	189	190	191
(30)	193	194	195	196	▼	198
(31)	200	●	202	203	204	205
(32)	207	208	209	210	▼	212
(33)	24	25	26	27	28	29

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214	●	216	217	218	219
(34)	221	222	223	224	▼	226
(35)	228	●	230	231	232	233
(36)	235	236	237	238	▼	240
(37)	242	●	244			
(38)	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)					1	2
(38)	249	250	251	252	▼	254
(39)	256	●	258	259	260	261
(40)	263	264	265	266	▼	268
(41)	270	●	272	273	274	
(42)	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)					1	2
(42)	277	278	279	280	▼	282
(43)	284	●	286	287	288	289
(44)	291	292	293	294	▼	296
(45)	298	●	300	301	302	303
(46)	23	24	25	26	27	28

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)			306	307	▼	310
(47)	312	●	314	315	316	317
(48)	319	320	321	322	▼	324
(49)	326	●	328	329	330	331
(50)	333	334	335			
(51)	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)					1	2
(51)	340	●	342	343	344	345
(52)	347	348	349	350	▼	352
(53)	354	●	356	357	358	359
(54)	361	362	363	364	▼	366
(55)	25	26	27	28	29	30

7099 232 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2017

JANVIER *20

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)			32	33	34	35
(6) 37	38	39	40	41	42	
(7) 44	45	46	47	48	49	
(8) 51	52	53	54	55	56	
(9) 58	59	60	61	62	63	
26	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)			60	61	62	63
(10) 65	66	67	68	69	70	
(11) 72	73	74	75	76	77	
(12) 79	80	81	82	83	84	
(13) 86	87	88	89	90	91	
26	27	28	29	30	31	

AVRIL *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						91
(14) 93	94	95	96	97	98	
(15) 100	101	102	103	104	105	
(16) 107	108	109	110	111	112	
(17) 114	115	116	117	118	119	
23	24	25	26	27	28	29

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16)	121	122	123	124	125	126
(17) 128	129	130	131	132	133	
(18) 135	136	137	138	139	140	
(19) 142	143	144	145	146	147	
(20) 149	150	151	152	153	154	
(21) 158	159	160	161	162	163	
28	29	30	31			

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)			152	153	154	155
(23) 156	157	158	159	160	161	
(24) 163	164	165	166	167	168	
(25) 170	171	172	173	174	175	
(26) 177	178	179	180	181	182	
25	26	27	28	29	30	

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						1
(27) 184	185	186	187	188	189	
(28) 191	192	193	194	195	196	
(29) 198	199	200	201	202	203	
(30) 205	206	207	208	209	210	
23	24	25	26	27	28	29

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)						1
(32) 219	220	221	222	223	224	
(33) 226	227	228	229	230	231	
(34) 233	234	235	236	237	238	
(35) 240	241	242	243	244	245	
27	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						1
(36) 247	248	249	250	251	252	
(37) 254	255	256	257	258	259	
(38) 261	262	263	264	265	266	
(39) 268	269	270	271	272	273	
24	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	276	277	278	279	280
(41) 282	283	284	285	286	287	
(42) 289	290	291	292	293	294	
(43) 296	297	298	299	300	301	
(44) 303	304	305	306	307	308	
29	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)						1
(45) 310	311	312	313	314	315	
(46) 317	318	319	320	321	322	
(47) 324	325	326	327	328	329	
(48) 331	332	333	334	335	336	
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						1
(49) 338	339	340	341	342	343	
(50) 345	346	347	348	349	350	
(51) 352	353	354	355	356	357	
(52) 359	360	361	362	363	364	
31	25	26	27	28	29	30

7095 209 15039

() = 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.

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

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

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

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

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

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

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

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

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

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

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

ABANDON DU TRAITEMENT PAR LE PRESTATAIRE

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

Complète

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

Partielle

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

6. MANUEL ET FORMULAIRES

6.1 MANUEL SUR LE SITE WEB

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

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

S

6.2 FORMULAIRES

6.2.1 FORMULAIRES SUR LE SITE WEB

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

6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

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

S

6.2.3 COMMANDE

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

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