1er mai 2025

SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

GUIDE DE FACTURATION

Rémunération à l'acte

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

Table des matières

1 Introduction 1
1.1 Présentation du guide de facturation 1
1.2 Délai de facturation 1
1.3 Moyens de transmission 1
1.4 Modes de transmission 2
1.5 Pièces justificatives 2
2 Personnes assurées 3
2.1 Services de chirurgie buccale 3
2.2 Services dentaires 3
2.3 Carte d'assurance maladie 3
2.4 Modèles de cartes d'assurance maladie 3
2.5 Validité de la carte d'assurance maladie 5
2.6 Documents temporaires d'admissibilité 6
2.7 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie 9
2.8 Prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation 10
2.8.1 Carnet de réclamation non présenté ou expiré 14
2.8.2 Vérifications à effectuer par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale avant de rendre un service 15
2.8.3 Particularités pour un service de prothèses dentaires acryliques 16
3 Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée) 17
4 Facturation des honoraires 19
4.1 La facture et la ligne de facture 19
5 Facture de services dentaires 21
5.1 Description de la facture de services dentaires 21
5.2 Particularités de la facture de services dentaires 21
5.2.1 Éléments de contexte 21
5.2.2 Lieu de dispensation 21
5.2.3 Lieu en référence 23
5.2.4 Situation où le lieu en référence doit être utilisé et les informations à fournir 23
5.2.5 Secteurs d'activité d'un centre hospitalier 23
5.2.6 Heure de début du service 24
5.2.7 Forfaits 24
5.2.8 Séance 24
5.2.9 Frais pour déplacement 25
5.2.10 Honoraires additionnels 25
5.3 Description des champs de la facture de services dentaires 26
5.3.1 Consignes de facturation concernant la ligne de facture du service dentaire 31
5.4 Recevabilité des factures 31
5.4.1 Facture recevable 31

5.4.2 Facture non recevable ... 32
5.4.3 Calcul du montant préliminaire ... 32

6 Modification d'une facture ... 33

7 Annulation d'une facture ... 35

8 Paiement ... 37

8.1 Modes et versement du paiement ... 37
8.1.1 Délai de paiement ... 37

8.2 État de compte ... 37
8.2.1 Description ... 38

8.3 Affichage des factures à l'état de compte ... 40
8.3.1 Affichage des factures ... 40
8.3.2 Affichage lors d'une modification de facture ... 40
8.3.3 Affichage lors d'une annulation de facture ... 40

8.4 Description des sections de l'état de compte ... 41
8.4.1 Factures réglées au montant préliminaire calculé ... 41
8.4.2 Autres factures reçues pendant la période couverte ... 42
8.4.3 Factures modifiées par rapport à un état de compte antérieur ... 43
8.4.4 Factures retenues par la RAMQ ... 44
8.4.5 Demandes de révision reçues et en cours de traitement ... 45
8.4.6 Demandes de remboursement d'une personne assurée ... 46
8.4.7 Liste des codes de transaction (TRA) ... 47
8.4.8 Liste des messages explicatifs ... 47

9 Demande de révision ... 49

9.1 Instructions pour effectuer une demande de révision ... 49
9.1.1 Documents explicatifs à joindre à la demande de révision ... 49

9.2 Facture avec le code TRA 20, TRA 21 ou TRA 22 à l'état de compte ... 49

9.3 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision ... 50

10 Demande de facturation hors délai ... 51

11 Lexique ... 53

12 Nous joindre ... 59

Annexe I – Formulaire Demande de prothèses dentaires acryliques ... 61

Annexe II – Numérotation et noms des surfaces des dents ... 63

Annexe III – Âge admissible pour certains services en lien avec les numéros de dent ... 65

Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale ... 66

Annexe V – Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques (règle 2.3) ... 67

Annexe VI – Tableau des services dentaires assurés ... 69

Avis

Le *Guide de facturation – Rémunération à l'acte* contient des renseignements évolutifs.

Ce guide est conçu pour les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale pour leur permettre de transmettre des factures de services dentaires. Ce guide ne remplace pas le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec. Par ailleurs, il ne contient pas les avis administratifs.

Les renseignements contenus dans ce guide sont publiés pour permettre aux développeurs de logiciels d'adapter les outils de facturation à l'acte.

1 INTRODUCTION

1.1 Présentation du guide de facturation

Le guide de facturation de la rémunération à l'acte vise à renseigner les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale sur les modalités de facturation à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Il contient les instructions pour produire une demande de paiement, y compris une facture de services dentaires. Ce guide comprend aussi les renseignements permettant d'effectuer le suivi de la facturation et de modifier ou d'annuler une facture, si requis.

L'information sur la validation de la carte d'assurance maladie et du carnet de réclamation ainsi que sur le remboursement à la personne assurée y est aussi présentée.

1.2 Délai de facturation

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit soumettre ses factures de services dentaires dûment remplies dans les **90 jours** suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis.

1.3 Moyens de transmission

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui veut soumettre une facture peut le faire par :

- une agence de facturation privée;
- une agence de facturation commerciale;
- le service en ligne FacturActe de la RAMQ.

Peu importe le moyen de transmission de sa facture, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit se conformer aux modalités de facturation déterminées par la RAMQ et respecter le Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale assume la responsabilité de l'exactitude des renseignements fournis sur les factures transmises de façon électronique à la RAMQ.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui souhaite connaître toutes les modalités d'accréditation d'une nouvelle agence ou les modalités d'accréditation d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale à une agence privée ou commerciale peut consulter la rubrique *Modes de facturation*.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale désirant utiliser le service en ligne FacturActe de la RAMQ doit s'inscrire aux services en ligne, si ce n'est déjà fait.

Pour plus d'information sur l'inscription aux services en ligne, consultez la page M'informer sur les services en ligne ou créer mon compte.

1.4 Modes de transmission

Transmission de l'information en direct

Ce mode de transmission permet à l'utilisateur d'envoyer une seule facture à la fois et de recevoir une rétroaction en direct (renseignements relatifs au montant préliminaire calculé) de la part de la RAMQ sur la facturation qu'il vient de soumettre par le service en ligne FacturActe ou par un logiciel de facturation.

Transmission de l'information en différé

Ce mode de transmission permet à l'utilisateur d'envoyer des demandes de paiement en lot (maximum cinq factures par demande de paiement). Une rétroaction en différé (renseignements relatifs au montant préliminaire calculé) est transmise par le portail de transfert automatisé des factures (bus de messagerie) TIP-I (*Télécommunications des informations de paiement par Internet*). La rétroaction en différé s'effectue généralement le lendemain de la transmission des factures.

1.5 Pièces justificatives

La RAMQ peut demander des pièces justificatives pour évaluer correctement la facturation. Bien que les pièces justificatives ne soient pas exigées d'emblée, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale **doit les conserver pendant cinq ans** au cas où elles lui seraient demandées.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale recevra, par sa messagerie sécurisée ou par la poste, une demande de pièce justificative. Un code à barres est joint à cette demande et doit être retourné avec la pièce justificative par la poste. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

Si la RAMQ ne reçoit pas la pièce justificative demandée, elle ne sera pas en mesure de terminer l'évaluation de la facture, ce qui entraînera son refus partiel ou complet. Un message explicatif paraîtra à l'état de compte pour signaler cette situation.

2 PERSONNES ASSURÉES

2.1 Services de chirurgie buccale

Toutes les personnes assurées sont admissibles aux services couverts par le Programme de chirurgie buccale reçus dans un centre hospitalier ou dans un établissement universitaire déterminé par le règlement.

2.2 Services dentaires

Toutes les personnes assurées dont l'âge est fixé par règlement et les prestataires d'une aide financière avec un carnet de réclamation sont admissibles au programme de services dentaires couverts reçus en cabinet privé, en établissement ou ailleurs.

2.3 Carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la RAMQ, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie valide.

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

- Numéro d'assurance maladie (code alphanumérique à 12 caractères);
- Prénom usuel et nom de famille à la naissance;
- Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
- Date d'expiration de la carte;
- Date de naissance et sexe;
- Photographie ou signature (sauf exception);
- Hologramme;
- Code à barres.

2.4 Modèles de cartes d'assurance maladie

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services couverts.

Avec photo et signature

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Verso avec code à barres

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

La carte avec photo et signature est délivrée à la plupart des personnes assurées.

Sans photo et sans signature

Un seul modèle de carte est délivré depuis le 24 janvier 2018 pour la personne assurée qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Elle est âgée de moins de 14 ans;
- Elle est âgée de 75 ans ou plus;
- Elle est hébergée en établissement;
- Elle est exemptée de l'obligation de fournir sa photo et sa signature pour une raison d'ordre médical.

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

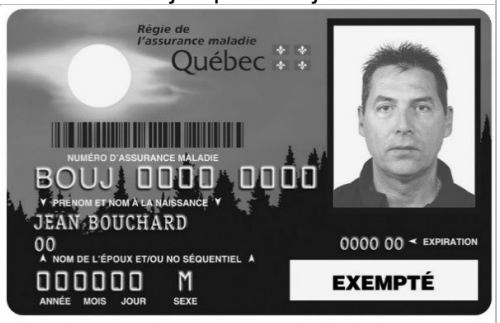
2)	Cartes délivrées jusqu'au 23 janvier 2018		

Sans photo, avec signature

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Cette carte porte la mention *Valide sans photo* ou *Exempté* dans l'espace prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo.

Avec photo, sans signature

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018
			

Cette carte porte la mention *Valide sans signature* ou *Exempté* dans l'espace prévu pour la signature. La photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature.

2.5 Validité de la carte d'assurance maladie

Lorsque la personne assurée présente sa carte d'assurance maladie, celle-ci doit être valide quel que soit le modèle de carte.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit vérifier les éléments suivants :

- La photo et la signature (s'il y a lieu)
  Au moment où la personne assurée présente sa carte, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale s'assure qu'il s'agit bien de la carte de la personne à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature. Sinon, la personne doit payer les honoraires au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.
- La date d'expiration
  Si la carte est expirée, la personne doit payer les frais au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, puis se faire rembourser par la RAMQ en remplissant une demande de remboursement lorsque sa carte sera de nouveau valide.

2.6 Documents temporaires d'admissibilité

La personne admissible à détenir une carte d'assurance maladie, mais en attente de celle-ci, peut présenter un document temporaire équivalent. Il en existe 2 types :

- L'*Attestation d'inscription* d'une durée de 45 jours (envoyée par la poste);
- La *Confirmation d'inscription* d'une durée de 45 jours (envoyée par télécopieur).

Ces documents sont valides pour toute la durée inscrite sur le document et ne sont pas annulables. Ils donnent accès aux mêmes privilèges que la carte d'assurance maladie.

Attestation d'inscription

Régie de l'assurance maladie Québec

ATTESTATION D'INSCRIPTION

0 05 0000 0000 00 000000 0

Pierre Untel
Adresse
Ville, Code Postal

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
DOCUMENT OFFICIEL

Veuillez détruire l'attestation dès que vous aurez reçu votre carte.

Message

Ce document vous permet de recevoir des soins de santé au même titre que votre carte d'assurance maladie. Conservez-le pour votre usage personnel et exclusif jusqu'à la date d'expiration qui y figure. Si vous bénéficiez du régime public d'assurance médicaments, ce document sera accepté à la pharmacie. Seul le professionnel de la santé à qui vous présentez ce document peut le reprographier, avec votre autorisation.

Important : vous devez signer ce document avant de l'utiliser.

Numéro d'assurance maladie	Prénom et nom
UNTP 0000 0000	Pierre Untel
Date de naissance	**Date d'expiration**
0000 00 00	00 mois 0000

La présente attestation certifie que la personne nommée ci-dessus est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Directeur du centre de relations avec la clientèle

Jonathan Lemelin

Signature de la personne assurée

Confirmation d'inscription

Régie de l'assurance maladie Québec

Confirmation d'inscription

ATTENTION : LE PRÉSENT DOCUMENT APPARTIENT À LA PERSONNE NOMMÉE CI–DESSOUS ET DOIT LUI ÊTRE REMIS.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC DOCUMENT OFFICIEL

Message à la personne assurée

Ce document confirme votre inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il vous permet de recevoir des soins de santé au même titre que votre carte d'assurance maladie. Conservez–le pour votre usage personnel et exclusif jusqu'à la date d'expiration qui y figure.

Si vous bénéficiez du régime public d'assurance médicaments, cette confirmation sera acceptée à la pharmacie dès le lendemain de sa délivrance.

Seul le professionnel de la santé à qui vous avez présenté ce document peut le reprographier, avec votre autorisation.

Important : vous devez signer ce document avant de l'utiliser.

NUMÉRO DE CONFIRMATION
1 9

DATE D'EXPIRATION

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

Signature de la personne assurée

Je déclare que les renseignements relatifs à mon identité sont exacts.

X

DATE ANNÉE MOIS JOUR

CONFIRMATION D'INSCRIPTION (à l'usage du professionnel de la santé)

Le présent document confirme que la personne dont le nom figure ci–dessus est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

DATE D'EXPIRATION

PERSONNE AUTORISÉE PAR LA RÉGIE

DATE ANNÉE MOIS JOUR

Seuls les professionnels de la santé qui ont fourni des soins ou des médicaments à la personne assurée peuvent, avec son autorisation, reproduire ce document pour faciliter la gestion du dossier ou de la facturation.

CINSCR 022007 /3895 354
R0013A2 / 01

2.7 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie

Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie ou un document temporaire d'admissibilité la remplaçant, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale peut facturer ses services à la RAMQ dans les situations suivantes :

Situation	Informations à fournir
L'enfant est âgé de moins d'un an.	Inscrire : • le nom, le prénom (si inconnu, ne rien inscrire), la date de naissance, le sexe et l'adresse (si connue); • le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père (lorsque connu) à la section *Personne répondante*, sinon inscrire le nom et le prénom, le sexe et la date de naissance de la personne répondante; • l'ordre des naissances (naissances multiples).
La personne est dans un état requérant des soins urgents.	Si les informations d'identité sont connues, inscrire : • le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse (si connue); • le numéro d'assurance sociale, si connu.
La personne assurée est admise dans un centre de réadaptation ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.

En plus d'inscrire les renseignements sur le patient, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit indiquer la situation dans laquelle il a rendu les services.

L'enfant est âgé de moins d'un an : En septembre 2021, la couverture en assurance maladie a été élargie aux enfants anciennement non admissibles (Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie). Tous les enfants mineurs présents au Québec plus de 6 mois par année sont admissibles aux régimes d'assurance maladie et médicaments, que leurs parents soient admissibles ou non. Ainsi, **l'enfant né au Québec de parents non admissibles est présumé admissible dès sa naissance**.

Lorsqu'un enfant est **adopté à l'international**, il est considéré admissible aux régimes d'assurance maladie et médicaments dès son arrivée au Québec. Toutefois, l'enfant doit être inscrit auprès de la RAMQ pour être assuré selon ces régimes. Si la carte d'assurance maladie de cet enfant n'est pas présentée, l'enfant adopté (ressortissant étranger) ne peut être présumé admissible. Ainsi, ses parents doivent débourser les honoraires pour les services professionnels reçus. Ils pourront demander un remboursement auprès de la RAMQ lorsque l'enfant sera inscrit et admissible à la date des services rendus.

Délai de carence : Pour une personne en provenance d'un pays étranger qui est soumise au délai de carence prévu au Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, les services rendus sont payables seulement pour les situations particulières prévues dans le programme confié à la RAMQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit spécifier sur sa facture que la personne est soumise au délai de carence et indiquer l'une des situations particulières.

À défaut de payer pour les services rendus, la personne doit présenter une lettre de la RAMQ qui confirme la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec et la période durant laquelle elle est soumise au délai de carence. Cette lettre comporte le numéro d'assurance maladie, qui doit être inscrit sur la facture.

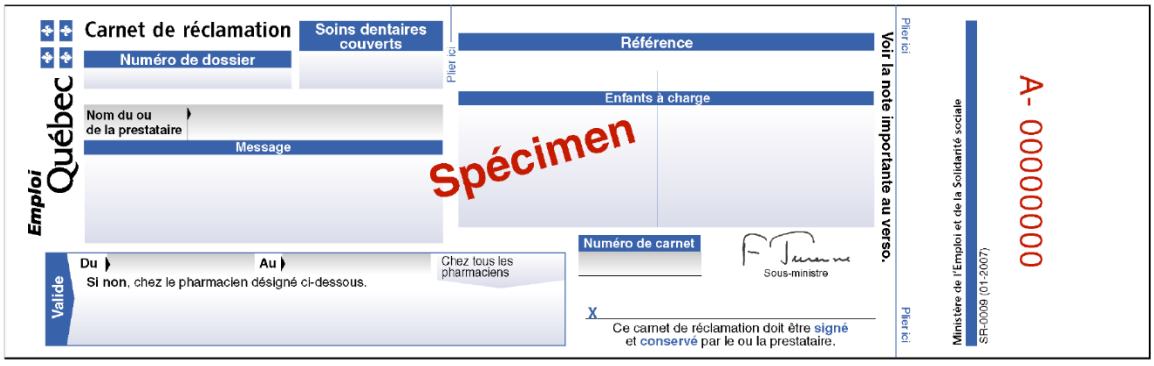
Si la personne en délai de carence ne présente pas cette lettre, elle doit débourser les honoraires pour les services professionnels reçus, et ce, même s'il s'agit d'une situation d'urgence. De plus, une personne assujettie au délai de carence qui ne présente pas la lettre ne peut pas se faire rembourser par la RAMQ, puisqu'elle n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie du Québec.

IMPORTANT :

Dans tous les autres cas, la personne doit payer les honoraires au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale et se faire rembourser par la RAMQ lorsqu'elle aura démontré son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec et qu'elle aura obtenu une carte valide. Pour que la personne soit remboursée, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale remplit la partie qui le concerne du formulaire Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée) (4314) et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la RAMQ.

2.8 Prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation

Description du carnet de réclamation papier :



Les prestataires d'une aide financière avec **carnet de réclamation** détiennent un tel carnet qui leur donne droit aux services dentaires couverts. Ils doivent le présenter au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale **chaque fois** qu'ils reçoivent un tel service. Le carnet comporte deux volets :

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

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

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

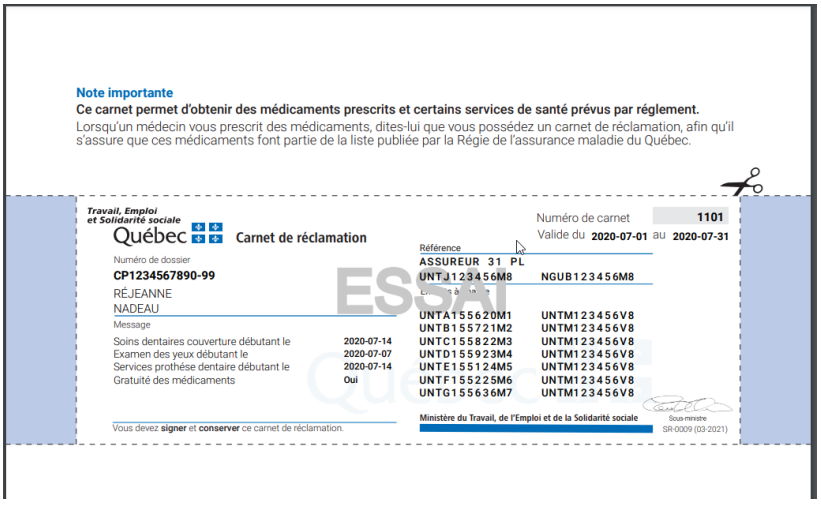
  Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué.

Description de la page Web et du format imprimable du carnet de réclamation :

Page Web

Format imprimable

Attention, seule l'impression du carnet de réclamation à partir du format PDF (gabarit officiel) est une pièce justificative valide et elle doit être signée. L'impression à partir de la page web n'est pas valide.



Les prestataires d'une aide financière avec **carnet de réclamation** détiennent un tel carnet qui leur donne droit aux services dentaires couverts. Ils doivent le présenter au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale **chaque fois** qu'ils reçoivent un tel service. Le carnet comporte deux volets :

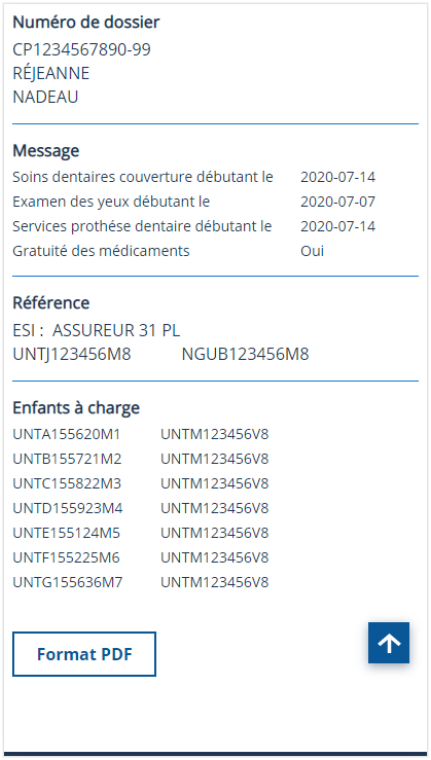
- Le **volet de gauche** du carnet identifie la période de validité (page Web), le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères) et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

  Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué **(format imprimable seulement)**.

- Le **volet de droite** identifie la période de validité du carnet (format imprimable) et, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles au programme de services dentaires.

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

Description du carnet de réclamation de format sur cellulaire :



Les prestataires d'une aide financière avec **carnet de réclamation** détiennent un tel carnet qui leur donne droit aux services dentaires couverts. Ils doivent le présenter au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale **chaque fois** qu'ils reçoivent un tel service.

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

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

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

2.8.1 Carnet de réclamation non présenté ou expiré

Lorsque le prestataire ne peut présenter son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation est expiré, il doit payer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente et se faire rembourser par la suite par la RAMQ, lorsque sa situation est rétablie. Pour ce faire, le professionnel remplit la partie qui le concerne du formulaire Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée) (4314) et le remet au prestataire, qui le complète et le fait parvenir à la RAMQ.

2.8.2 Vérifications à effectuer par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale avant de rendre un service

Avant de rendre un service, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit vérifier les renseignements suivants.

Carnet de réclamation papier :

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

  Si le prestataire est soumis au délai de carence de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques, la mention DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ figure à la case *Soins dentaires couverts* de son carnet, ainsi que les mentions SERVICES PROTHÈSE DENTAIRE et DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ à la case *Message*.

Carnet de réclamation Web, de format imprimable et sur cellulaire :

- La période de validité du carnet de réclamation à la date des services.
- L'admissibilité aux soins dentaires et aux prothèses dentaires acryliques par la présence de la date de début à la case *Message*.

  Le prestataire est soumis au délai de carence de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques.

Pour les quatre formats de carnets :

Avant ces dates, aucun service n'est payable, sauf l'examen d'urgence et les services suivants rendus en urgence (réf. : article 36 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie) :

- ablation de dent ou de racine;
- ouverture de la chambre pulpaire;
- incision ou drainage d'un abcès;
- alvéolite;
- contrôle d'hémorragie;
- réparation d'une lacération de tissus mous;
- réduction d'une fracture alvéolaire;
- immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
- réimplantation d'une dent complètement exfoliée.

Important : Pour facturer un de ces services, utiliser la situation *Patient requérant des soins urgents, détenteur d'un carnet de réclamation dont le délai de présence à l'aide financière de dernier recours est insuffisant*.

Revendicateur du statut de réfugié

Lorsque la mention CARTE D'ASSURANCE MALADIE REQUISE est présente dans la case *Message* du carnet de réclamation, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit vérifier si le prestataire détient une carte d'assurance maladie.

- Lorsque le prestataire ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide, la RAMQ ne paie pas le coût des services.
- Lorsque le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit vérifier, au volet gauche du carnet, s'il est admissible aux soins dentaires. Si oui, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit créer une facture de services dentaires.

L'examen d'urgence et les services suivants rendus en urgence ne peuvent pas être facturés pour le revendicateur du statut de réfugié qui ne détient pas de carte d'assurance maladie :

- ablation de dent ou de racine;
- ouverture de la chambre pulpaire;
- incision ou drainage d'un abcès;
- alvéolite;
- contrôle d'hémorragie;
- réparation d'une lacération de tissus mous;
- réduction d'une fracture alvéolaire;
- immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
- réimplantation d'une dent complètement exfoliée.

2.8.3 Particularités pour un service de prothèses dentaires acryliques

Si la personne assurée détient, à la date d'autorisation émise par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), un carnet de réclamation valide mais que celui-ci ne l'est plus à la date du service, l'admissibilité du prestataire sera considérée en tenant compte de la date d'autorisation du MTESS.

3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT (CARTE EXPIRÉE OU NON PRÉSENTÉE)

Mis à part les circonstances décrites à la section *Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie*, une personne assurée peut devoir payer pour les services couverts reçus et demander un remboursement à la RAMQ. C'est le cas si :

- sa carte d'assurance maladie est expirée;
- elle n'est pas en mesure de présenter sa carte d'assurance maladie ni un document d'admissibilité temporaire la remplaçant.

Comme la RAMQ rembourse la personne assurée, elle a besoin de certaines informations pour traiter sa demande. Dans ce but, le médecin doit remettre à son patient une demande de remboursement et fournir sa facture à la RAMQ. Le médecin ne doit pas produire sa facture comme d'habitude : il doit la « lier » (facture liée à une demande de remboursement). La démarche pour produire cette facture se trouve dans la section Produire une facture qui sera liée à une demande de remboursement de la page *Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée)*.

4 FACTURATION DES HONORAIRES

4.1 La facture et la ligne de facture

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui demande le paiement de ses honoraires pour des services couverts prévus à l'Entente doit créer une facture de services dentaires.

Il doit au préalable sélectionner le compte de facturation dans lequel les montants seront versés : soit le compte personnel (compte de finances personnelles), soit le compte administratif (individuel ou collectif).

La facture décrit ce qui est facturé. La RAMQ attribue un numéro unique à chaque facture afin de faciliter les suivis sur l'état de compte. Ce numéro doit être utilisé lors des communications avec la RAMQ.

La facture est aussi composée d'une partie détaillée, soit la « ligne de facture », dans laquelle les renseignements décrivent précisément les services dentaires facturés. Le nombre maximal de lignes par facture est de dix.

5 FACTURE DE SERVICES DENTAIRES

5.1 Description de la facture de services dentaires

Une facture de services dentaires décrit les services prévus à l'Entente.

Elle contient entre autres :

- les renseignements du patient;
- le lieu de dispensation du service;
- les codes de facturation et les circonstances qui y sont reliées.

5.2 Particularités de la facture de services dentaires

5.2.1 Éléments de contexte

Les éléments de contexte permettent au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale de décrire le contexte dans lequel les services ont été rendus, et ainsi d'appliquer les dispositions de l'Entente. Pour bien décrire ce contexte, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale a la possibilité de choisir un ou plusieurs éléments de contexte qui lui sont suggérés. Il peut également décider de n'en sélectionner aucun.

Il est important de bien identifier les éléments de contexte, car lors de l'appréciation de la facture, la RAMQ est en mesure de déterminer les effets de ces contextes sur le calcul des honoraires.

Pour les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, les éléments de contexte en lien avec le service rendu se situent au niveau de la ligne de facture.

La liste des éléments de contexte est disponible sur le site de la RAMQ.

5.2.2 Lieu de dispensation

Le lieu de dispensation est l'endroit où le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale rend un service.

Il y a deux types de lieux de dispensation :

1er type : Les lieux codifiés et reconnus par la RAMQ, dits *lieux physiques*, qui regroupent les installations des établissements de santé du Québec et hors du Québec, les cabinets, les établissements de détention, les instituts et centres hospitaliers universitaires, etc.

La liste des lieux codifiés est accessible sur le site de la RAMQ.

IMPORTANT : Pour obtenir un numéro de cabinet, le formulaire *Inscription d'un cabinet ou modification relative à un cabinet* (4066) doit être rempli et retourné à la RAMQ en **un seul exemplaire** pour l'ensemble des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale exerçant leur profession au même endroit.

2e type : Les lieux non codifiés, dits *géographiques*. Comme ces lieux n'ont pas de codes reconnus par la RAMQ, il est requis de fournir un code postal et un numéro de bureau s'il y en a un, dans le cas d'un cabinet. Le numéro de bureau est essentiel pour identifier un lieu sans ambiguïté (exemple : deux cabinets à la même adresse). De plus, l'emplacement de ce lieu doit être précisé :

- Cabinet;

- Autre.

Pour les lieux non codifiés **hors du Québec**, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit inscrire le code de localité **60000**, puisqu'il est utilisé pour toutes les localités hors Québec.

La liste des localités est accessible sur le site de la RAMQ.

5.2.3 Lieu en référence

Le lieu en référence est un lieu différent du lieu de dispensation. Certaines modalités de l'Entente prévoient que l'identification de ce lieu est nécessaire pour apprécier le service. Dans ces situations, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit préciser le lieu en référence sur sa ligne de facture. Les avis administratifs précisent les situations où un lieu en référence est nécessaire.

Le lieu en référence, tout comme le lieu de dispensation, peut être soit codifié (physique), soit non codifié (géographique).

5.2.4 Situation où le lieu en référence doit être utilisé et les informations à fournir

Les avis administratifs précisent les situations où un lieu en référence est nécessaire.

Informations à fournir :

a) Le lieu de dispensation à inscrire sur la facture est le lieu où le service est rendu;
b) Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit aussi préciser la situation pour laquelle un lieu en référence est nécessaire, soit :
   - Lieu de départ pour un déplacement;
   - Lieu de la prise en charge lors d'une garde multi-établissements.
c) Le lieu en référence à inscrire sur la ligne de facture est le lieu de départ du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale pour un déplacement ou le lieu de la prise en charge de la garde multi-établissements.

5.2.5 Secteurs d'activité d'un centre hospitalier

En centre hospitalier, le secteur d'activité dans lequel les services sont rendus doit obligatoirement être spécifié.

Liste des secteurs d'activité en centre hospitalier
Centre de douleur chronique
Clinique externe
Clinique d'urgence
Section gériatrique
Section psychiatrique
Unité coronarienne
Unité de soins de longue durée (hébergement)
Unité de soins de longue durée (prolongés)
Unité de soins généraux et spécialisés
Unité de soins intensifs

5.2.6 Heure de début du service

Certaines situations exigent que **l'heure de début du service et l'heure de l'appel soient indiquées** afin d'appliquer adéquatement certaines modalités spécifiques de rémunération prévues à l'Entente. Dans ces situations, des avis administratifs indiquent que l'heure de début du service et l'heure de l'appel doivent être indiquées.

Situations où l'heure de début du service est nécessaire :

- Lorsqu'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, celui-ci a droit au paiement d'honoraires majorés ou, si cela est plus avantageux, au forfait de l'urgence.
- Lorsqu'en cabinet privé, tout acte posé le dimanche et les jours fériés ou entre 23 heures et 7 heures les autres jours donnent droit à un supplément par personne assurée.

Situation où l'heure de début du service et l'heure de l'appel sont nécessaires

Lorsque le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale est appelé pendant l'horaire de garde.

Considération du changement d'heure

Un changement d'heure est prévu chaque deuxième dimanche de mars pour passer de 2 h (heure normale) à 3 h (heure avancée de l'Est). Le retour à l'heure normale se fait le premier dimanche de novembre à 2 h en reculant d'une heure. La RAMQ vous demande de bien respecter ces changements d'heure quand vous inscrivez vos heures de services.

Dans une situation qui nécessite d'indiquer une heure de début et une heure de fin, il est important de suivre les instructions suivantes pour éviter des refus de paiement. Les services et les forfaits non divisibles en heures ne sont pas affectés par le changement d'heure.

Par exemple, pour un forfait divisible en heures, pour la période du retour à l'heure normale, la RAMQ acceptera la facturation d'un forfait de minuit à 8 h, pour une durée réelle de 9 heures.

De même, un service divisible en heures pourrait commencer à 1 h 30 (heure avancée) et se terminer à 1 h 15 (heure normale), pour une durée totale de 45 minutes.

Lors du passage à l'heure avancée de l'Est, les heures de service entre 2 h et 2 h 59 ne seront pas admises.

5.2.7 Forfaits

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale a droit à certains forfaits prévus à l'Entente.

Pour réclamer un ou des forfaits, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit inscrire le code de facturation approprié à la section *Code de facturation*.

Lorsque la réclamation d'un forfait n'est pas en lien avec un patient, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit l'indiquer à l'endroit prévu à cet effet et, dans ce cas, aucun NAM ne doit être inscrit.

5.2.8 Séance

Une séance est une période de temps consacrée à un patient.

Afin de bien appliquer les dispositions de l'Entente et de fournir un montant préliminaire juste, la RAMQ doit être en mesure d'identifier tous les services effectués lors de la séance. Il est donc important de connaître et de suivre la règle générale et les particularités relatives à la facturation des séances.

Règle générale

Pour déterminer que des services ont été effectués à la même séance, il suffit qu'ils soient rendus pour un même patient, dans le même lieu et dans la même journée. Un ou plusieurs médecins peuvent être impliqués. Aucun des services ne doit avoir été facturé avec l'élément de contexte ***Séance différente***.

Particularité

L'élément de contexte ***Séance différente*** doit être utilisé pour tous les services de la seconde séance.

5.2.9 Frais pour déplacement

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale auquel un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés fait appel comme consultant est remboursé par la RAMQ pour ses frais de déplacement (code de facturation **94520**).

L'indemnité est de 0,91 $ par kilomètre (**distance totale** unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

Facturation pour des déplacements à titre de consultant en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Pour la facturation des déplacements à titre de consultant en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, le lieu de dispensation correspond au numéro de l'établissement où le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale rend le service.

La situation du lieu en référence correspond au lieu de départ pour un déplacement.

Le lieu en référence correspond au code postal du point de départ du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Dans le champ *Éléments mesurables*, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit inscrire le **nombre total** de kilomètres unidirectionnel à partir des limites de la ville.

5.2.10 Honoraires additionnels

Conformément à la règle 1.2 b) de la section *Règles d'application du tarif*, une prestation de soins dont la complexité est inhabituelle ou rendue dans des circonstances hors de l'ordinaire donne droit au paiement d'honoraires additionnels.

Des renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles justifiant ces honoraires majorés doivent être fournis.

Pour demander des honoraires additionnels, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit choisir, sur sa facture, l'élément de contexte ***Service dont la complexité est inhabituelle*** à la ligne de facture. Même si une facture peut contenir plusieurs lignes de facture, l'élément de contexte ***Service dont la complexité est inhabituelle*** et le code de facturation lié à ce service doivent figurer une seule fois sur une facture.

La RAMQ traite les demandes d'honoraires additionnels en deux temps. Dans un premier temps, elle évalue la facture en appliquant le tarif négocié à l'Entente. Dans un deuxième temps, elle envoie au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale une correspondance lui demandant de fournir les pièces justificatives ainsi que le montant supplémentaire qu'elle juge approprié. Un code à barres figure sur cette correspondance, et le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit joindre ce code à barres à l'envoi des pièces justificatives. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

À la réception des pièces justificatives et du montant d'honoraires additionnels demandé, la RAMQ apprécie l'éligibilité de la demande. En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

5.3 Description des champs de la facture de services dentaires

Section 1 : Informations concernant le lieu de dispensation

Titre des champs	Description	Informations à fournir
Lieu de dispensation codifié (physique)	Lieu où les services dentaires sont rendus.	Inscrire le lieu de dispensation. Voir la section *Lieu de dispensation* du présent guide.
Secteur d'activité d'un établissement	Identification du secteur d'activité de l'établissement où les services sont rendus.	Inscrire le secteur d'activité. Voir la section *Secteurs d'activité d'un centre hospitalier*.
Lieu de dispensation non codifié (géographique)	Lieu où les services dentaires sont rendus.	Inscrire le code postal du lieu de dispensation si le service est rendu au Québec ou le code de localité 60000 si le service est rendu hors du Québec, puisqu'il est utilisé pour toutes les localités hors Québec.
Numéro de bureau	Le numéro de bureau est essentiel pour identifier un lieu sans ambiguïté (exemple : deux cabinets à la même adresse).	Inscrire le numéro de bureau s'il y en a un.
Type de lieu de dispensation non codifié (géographique)	Uniquement pour les lieux de dispensation non codifiés.	Indiquer si le lieu de dispensation est un cabinet ou autre.

Section 2 : Informations concernant le patient qui reçoit des services dentaires

Certains codes de facturation ne sont pas associés à un NAM (exemple : Supplément de garde en disponibilité). Pour plus de détails, voir la section *Forfaits* du présent guide.

Titre des champs	Description	Informations à fournir
NAM	Numéro d'assurance maladie À moins d'avis contraire, un NAM est requis.	Inscrire le NAM du patient.
Identité	Ces informations sont requises uniquement lorsque le NAM est absent. Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit indiquer la situation pour laquelle il facture pour une personne sans NAM. Ces situations sont décrites à la section *Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie*.	• Nom • Prénom • Date de naissance • Sexe • Adresse
Ordre des naissances	Lorsqu'il y a des naissances multiples, spécifier l'ordre des naissances.	**1.** Premier bébé **2.** Deuxième bébé et ainsi de suite
Personne répondante	Uniquement pour un enfant de moins d'un an qui n'a pas de NAM.	Inscrire le NAM de la mère ou du père, lorsque connu, sinon, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe de la personne répondante.
Code de diagnostic médical	Système de classification CIM-9 et CIM-10. Voir la rubrique Répertoire des diagnostics.	Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.
Date de l'événement lié à la personne	Aucune situation n'est prévue pour l'instant.	
Période d'hospitalisation	La date d'entrée et la date de sortie du patient en établissement.	Inscrire la date d'entrée du patient en établissement et la date de sortie s'il y a lieu.

Section 3 : Autres informations applicables à l'ensemble de la facture

Titre des champs	Description	Informations à fournir
Date et heure de début de la période de travail	Aucune situation n'est prévue pour l'instant.	
Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée)	Indique si la facture est liée à une demande de remboursement.	Indiquer si la facture est liée à une demande de remboursement.

Section 4 : Informations concernant la ligne de facture du service dentaire

Une ligne de facture contient des informations en lien avec le service rendu pour lequel un paiement est demandé.

Titre des champs	Description	Informations à fournir
Rôle	Le rôle renvoie à la fonction assumée par le professionnel lors de la dispensation du service.	Inscrire le numéro du rôle : 1 : Responsable 4 : Assistant
Date du service	Date à laquelle le service a été rendu.	Inscrire la date.
Heure du service	Heure de début à laquelle un service a été rendu.	Inscrire l'heure de début du service lorsque requis.
Code de facturation	Code associé à un acte dentaire, à un service ou à des frais qui sont facturés.	Inscrire le code de facturation.
Date d'autorisation pour une prothèse dentaire acrylique	Date d'autorisation pour la confection, le regarnissage ou le remplacement d'une prothèse acrylique.	Inscrire la date d'autorisation.
Numéro de la dent traitée	Numéro qui identifie de façon unique chacune des dents selon la codification de la Fédération dentaire internationale (FDI).	Inscrire le numéro de la dent traitée et, s'il y a lieu, préciser la raison de l'écart d'âge. Pour connaître l'âge admissible, pour certains services en lien avec les numéros de dent ou les raisons d'écart d'âge, voir le tableau de l'Annexe III.
Surface traitée	Identification de la surface de la dent traitée.	Identifier la ou les surfaces de la dent traitée. Pour connaître la liste des surfaces, voir l'Annexe II.

Type et raison du traitement dentaire	Identification du type et de la raison du traitement dentaire.	Identifier le type : • Raison de l'écart d'âge pour une dent; • Raison de l'abandon d'un traitement de canal; • Raison de la greffe osseuse • et la raison du traitement dentaire si requis.
Type et site du traitement dentaire	Identification du type et du site du traitement dentaire.	Identifier le type : • Site de prise du greffon intra-oral; • Site receveur de la greffe osseuse; • Site d'ablation de fixation intermaxillaire • et le type du traitement dentaire si requis.
Identification du médicament consommé	Identification du médicament consommé en lien avec la gingivite hyperplasique.	Identifier le médicament consommé lié à la gingivite hyperplasique.
Élément de contexte du service	Éléments en lien avec le contexte dans lequel le service a été rendu.	Inscrire le ou les éléments de contexte.
Élément mesurable	Si l'élément facturé nécessite de fournir des éléments de mesure, ceux-ci sont fournis en fonction de ce qui est mesuré.	Inscrire un des éléments mesurables suivants si requis : • Nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle); • Nombre d'injections;
Situation liée au lieu en référence	Permet d'identifier la situation qui requiert de fournir un lieu en référence.	Indiquer la situation nécessitant un lieu en référence : • Lieu de départ pour un déplacement; • Lieu de la prise en charge lors d'une garde multi-établissements.
Lieu en référence codifié	Lieu différent du lieu présent sur la facture, mais dont l'information est nécessaire pour apprécier le service (ex. : Lieu de la prise en charge lors d'une garde multi-établissements).	Inscrire le code du lieu en référence.

Secteur d'activité du lieu en référence	Identification du secteur d'activité de l'établissement où les services sont rendus.	Inscrire le secteur d'activité. Voir la section *Secteurs d'activité d'un centre hospitalier*.
Lieu en référence non codifié	Lieu différent du lieu présent sur la facture, mais dont l'information est nécessaire pour apprécier le service (ex. : Lieu de la prise en charge lors d'une garde multi-établissements).	Inscrire le code postal du lieu en référence si le service est rendu au Québec ou le code de localité **60000** si le service est rendu hors du Québec, puisqu'il est utilisé pour toutes les localités hors Québec.
Numéro de bureau du lieu en référence	Le numéro de bureau est essentiel pour identifier un lieu sans ambiguïté (exemple : deux cabinets à la même adresse).	Inscrire le numéro de bureau du cabinet s'il y en a un.
Type de lieu en référence non codifié	Permet de préciser s'il s'agit d'un domicile, d'un cabinet ou autre.	Choisir le type de lieu en référence non codifié : • cabinet; • autre.
Référence à un autre professionnel	• Professionnel référant; • Intervenant ayant appelé pour une situation urgente; • Résident ayant collaboré au service rendu; • Professionnel à qui les soins postopératoires sont confiés.	Inscrire le numéro RAMQ à 6 chiffres du professionnel. Lorsque le numéro n'est pas disponible, inscrire : • le nom et le prénom; • le type de profession.
Hors du Québec		Pour un professionnel inscrit à la RAMQ, mais hors du Québec, inscrire le numéro du professionnel, soit : – 6XXXXX pour un médecin; – 8XXXXX (sauf 81XXXX) pour un optométriste; – 7XXXXX (sauf 74XXXX) pour un dentiste. Si le professionnel ne détient pas de numéro à la RAMQ, inscrire : • le nom et le prénom; • le type de profession.
Date et heure de la demande de consultation	Aucune situation n'est prévue pour l'instant.	

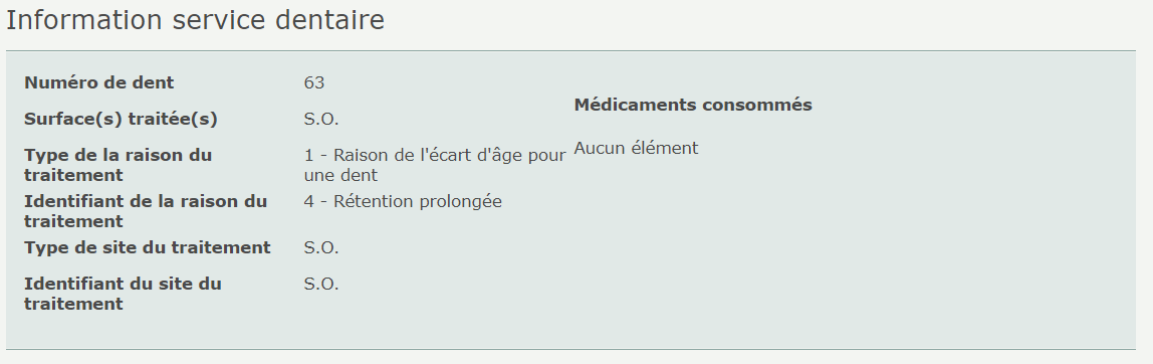
Montant perçu	Somme payée par un patient pour un service couvert qui lui a été rendu même s'il n'avait pas présenté sa carte d'assurance maladie ni un document d'admissibilité temporaire la remplaçant, ou si sa carte est expirée.	Inscrire le montant perçu au patient pour chaque service couvert qui lui a été rendu. La somme des montants inscrits sur chacune des lignes de la facture liée à la demande de remboursement doit correspondre au montant perçu de la demande de remboursement.

5.3.1 Consignes de facturation concernant la ligne de facture du service dentaire

5.3.1.1 Consignes pour indiquer la raison de l'écart avec l'âge admissible pour certains services en lien avec les numéros de dent (Annexe III)

Dans la section *Information service dentaire* de la facture, sélectionner *Type de la raison du traitement* et choisir *Raison de l'écart d'âge pour une dent*. Sélectionner ensuite *Identifiant de la raison du traitement* et choisir par exemple *Rétention prolongée*.

Exemple de la section concernée apparaissant sur la facture :



5.4 Recevabilité des factures

5.4.1 Facture recevable

La recevabilité porte sur la qualité du contenu d'une facture afin de s'assurer qu'elle est dûment remplie pour l'appréciation par la RAMQ. En cas d'erreur, le demandeur doit apporter les modifications requises et transmettre une nouvelle facture.

Une facture est considérée comme recevable lorsque les informations qui y sont consignées sont valides (ex. : type de facture, NAM, etc.) et lorsque toutes les lignes de la facture (ex. : date du service, code de facturation, etc.) sont recevables.

Pour chaque facture, la RAMQ vérifie la validité des renseignements inscrits (ex. : numéro du professionnel, NAM, lieu de dispensation, etc.).

Pour chaque ligne de facture, la RAMQ vérifie également la cohérence des renseignements.

Lorsqu'une facture est recevable, la RAMQ envoie au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, ou à une personne autorisée, le numéro de facture RAMQ et le numéro de facture externe pour qu'il puisse apparier les renseignements avec la facture correspondante dans son système.

C'est le numéro de facture RAMQ qui doit être ensuite utilisé pour toute communication avec la RAMQ en lien avec cette facture.

5.4.2 Facture non recevable

Si au moins une des lignes de facture est considérée comme non recevable, la facture au complet est jugée non recevable et ne sera pas traitée par la RAMQ.

Lorsqu'une facture est non recevable, la RAMQ envoie au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, ou à une personne autorisée, le numéro de facture externe ainsi qu'un message explicatif pour qu'il puisse corriger les renseignements erronés et transmettre une nouvelle facture.

IMPORTANT : Si une facture est non recevable, aucun numéro de facture RAMQ ne lui est attribué et la facture ne paraît pas à l'état de compte.

5.4.3 Calcul du montant préliminaire

Lorsqu'une facture est recevable, la RAMQ détermine un montant préliminaire pour chaque ligne de facture. Ce montant est dit *préliminaire*, puisque les contrôles prévus pour l'évaluation de la facture dans son contexte et selon l'Entente n'ont pas tous été appliqués. Il est donc possible que le montant payé à l'état de compte soit différent du montant préliminaire retourné au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Des messages explicatifs s'ajoutent à l'état de compte pour expliquer les écarts.

6 MODIFICATION D'UNE FACTURE

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une personne autorisée peut modifier une facture en respectant les conditions suivantes :

- La première transmission de la facture doit avoir été faite dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis;
- La modification doit être faite dans les 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel la facture parait. Exceptionnellement, il est possible que la modification ne puisse pas être effectuée. Dans ce cas, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une personne autorisée doit transmettre une demande de révision (formulaire 1549) détaillant ce qui doit être modifié.

Modifier une facture est l'action qui consiste à :

- Modifier des renseignements déjà fournis;
- Ajouter une ou plusieurs lignes de facture;
- Retirer une ou plusieurs lignes de facture.

Pour modifier une facture, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit obligatoirement utiliser le numéro de facture RAMQ transmis par la RAMQ. Il doit **modifier seulement** les informations souhaitées et soumettre à nouveau une version complète de la facture modifiée. Lors d'une modification, le numéro de facture RAMQ demeure le même, ce qui permet de constituer l'historique des modifications apportées à la facture.

Il n'est pas possible pour le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une personne autorisée de modifier une facture qui a déjà fait l'objet d'une modification par la RAMQ, notamment à la suite d'une demande de révision. Dans ces situations, le message suivant est affiché : 1048 - La facture ne peut être annulée ni modifiée. Pour procéder à la modification d'une facture qui a déjà été modifiée par la RAMQ, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit transmettre une demande de révision au moyen du formulaire Demande de révision ou d'annulation (1549).

Si la demande de modification est recevable, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale est informé que sa demande de modification est acceptée.

Si la demande de modification n'est pas recevable, un message explicatif spécifie alors la cause de la non-recevabilité.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a soumis une facture via le service en ligne FacturActe peut la modifier seulement par le même moyen, c'est-à-dire par le service en ligne.

Toute agence de facturation peut modifier une facture même si elle n'a pas soumise la facture initiale ou la dernière modification de la facture. Par contre, au moment de l'envoi de la facture modifiée, cette agence doit être en relation d'affaires avec le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale pour le compte de facturation (compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif).

IMPORTANT :

Pour faciliter la conciliation et le suivi du paiement des lignes de facture et des codes de facturation, de même que pour assurer la traçabilité de chaque ligne de facture, il est important de ne pas changer leur nature.

Pour ce faire, il est essentiel que le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale suive les instructions suivantes lors d'une modification de facture :

Ne jamais modifier un code de facturation sur une facture déjà transmise. Si le code de facturation doit être modifié, il faut :

- Soit retirer la ligne de la facture existante qui contient le code de facturation à modifier et ajouter une nouvelle ligne avec le bon code de facturation;
- Soit annuler la facture existante et soumettre une nouvelle facture.

7 ANNULATION D'UNE FACTURE

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une personne autorisée peut annuler une facture en respectant les conditions suivantes :

- La première transmission de la facture doit avoir été faite dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis;
- L'annulation peut être faite en tout temps, et ce, peu importe le statut de la facture. **Une facture annulée ne peut plus être modifiée. L'annulation est définitive.**

Annuler une facture a pour effet d'annuler, en une seule action, l'ensemble des lignes qui la composent. Pour annuler une ou plusieurs lignes à l'intérieur d'une même facture, il faut plutôt faire une modification telle que décrite à la section *Modification d'une facture* du présent guide.

Pour annuler une facture, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, ou une personne autorisée, doit obligatoirement utiliser le numéro de facture RAMQ transmis par la RAMQ lors de la création de sa facture. Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit d'abord annuler la facture existante et ensuite transmettre une nouvelle facture. Cela a pour effet d'annuler toutes les lignes d'une facture.

Si la demande d'annulation est recevable, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale est informé que sa demande d'annulation est acceptée.

Si la demande d'annulation n'est pas recevable, un message explicatif spécifie alors la cause de la non-recevabilité.

IMPORTANT :

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a soumis une facture via le service en ligne peut l'annuler seulement par le même moyen, c'est-à-dire par le service en ligne FacturActe.

L'annulation d'une facture peut être effectuée par une agence de facturation différente de celle qui a soumis la facture **seulement s'il n'y a plus de liens d'affaires** entre l'agence qui a soumis la facture initiale et le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale pour le compte de facturation (compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif).

Une agence ne peut annuler une facture transmise par le service en ligne FacturActe.

8 PAIEMENT

8.1 Modes et versement du paiement

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit soumettre ses factures de services dentaires dûment remplies dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis.

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par virement automatique (compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif) ou par chèque émis à l'ordre de du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou d'un tiers autorisé par ce spécialiste à recevoir le paiement.

Le virement automatique s'exécute à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est émis pour un montant inférieur à 20 $. Le montant sera alors joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera le minimum requis.

8.1.1 Délai de paiement

Dans les 45 jours suivant, la réception des factures recevables, la RAMQ procède au paiement.

Si une facture ne figure pas aux états de compte dans un délai de 45 jours, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit joindre le Centre de relations avec les professionnels en ayant en main son numéro de facture RAMQ.

8.2 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement pour présenter le résultat des transactions avec la RAMQ. Celui-ci doit être vérifié dès sa réception en raison des délais de facturation auxquels le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale est soumis.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale reçoit un état de compte présentant toutes les opérations effectuées avec le système de rémunération à l'acte (factures de services dentaires).

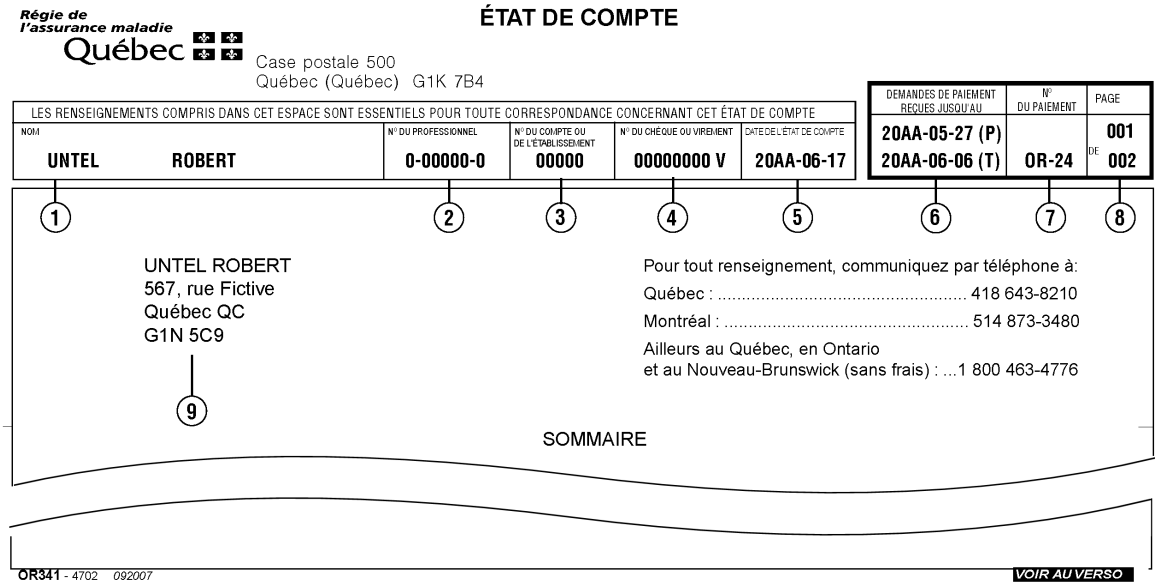
8.2.1 Description

L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de paiement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

8.2.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. **NOM** : Les nom et prénom du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.
2. **N^{O} DU PROFESSIONNEL :** Le numéro du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ainsi que son chiffre-preuve (sept chiffres).
3. **N^{O} DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT :** Le numéro de compte administratif. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **N^{O} DU CHÈQUE OU VIREMENT :** Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre ***C*** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre ***V***.
5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE :** Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU :** Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre ***P*** pour *papier* ou ***T*** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
7. **N^{O} DU PAIEMENT :** Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGE :** La pagination se réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. **NOM ET ADRESSE :** Le nom et l'adresse postale fournis par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou la personne autorisée pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.



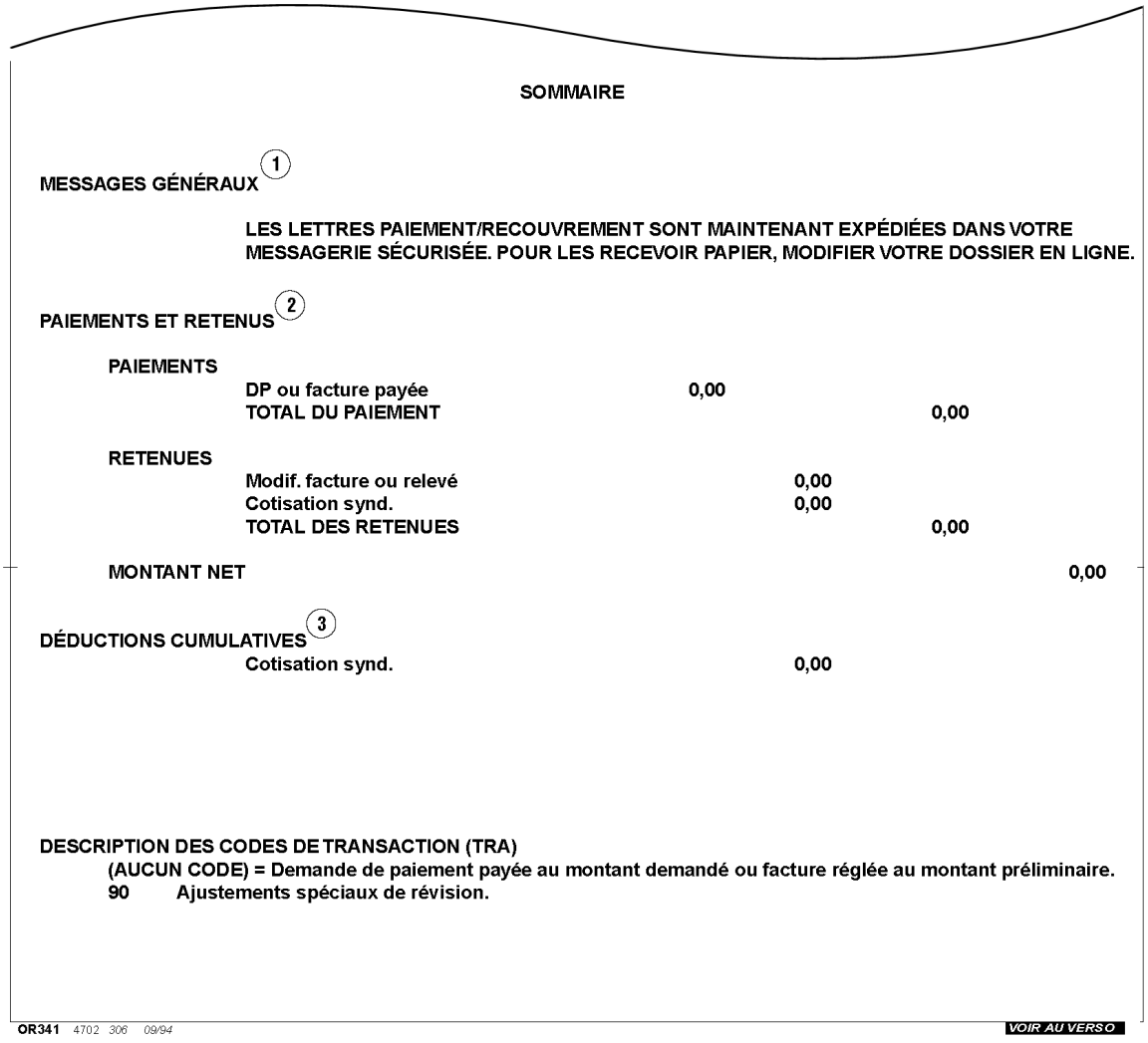
Remarque : Cet exemple illustre l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

8.2.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
   - total des montants payés par type de transaction;
   - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
   - montant net payé.
3. **Déductions cumulatives**

Description des codes de transaction



SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX (1)

LES LETTRES PAIEMENT/RECOUVREMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.

PAIEMENTS ET RETENUS (2)

PAIEMENTS				
	DP ou facture payée	**0,00**		
	TOTAL DU PAIEMENT		**0,00**	
RETENUES				
	Modif. facture ou relevé	**0,00**		
	Cotisation synd.	**0,00**		
	TOTAL DES RETENUES		**0,00**	
MONTANT NET				**0,00**

DÉDUCTIONS CUMULATIVES (3)

Cotisation synd.	**0,00**	

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)

(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.

90 Ajustements spéciaux de révision.

OR341 4702 306 09/94 **VOIR AU VERSO**

8.3 Affichage des factures à l'état de compte

8.3.1 Affichage des factures

L'affichage des factures à l'état de compte dépend de la date à laquelle elles sont transmises, modifiées ou annulées. Le calendrier de paiement détaille les dates limites de réception en lien avec les états de compte. Afin de voir les factures sur un état de compte précis, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit tenir compte de la date limite de réception prévue à ce calendrier. Une facture reçue **avant la date** limite de réception des factures sera affichée sur l'état de compte. Si la facture est reçue après la date limite, elle sera affichée sur le prochain état de compte.

8.3.2 Affichage lors d'une modification de facture

Une modification de facture reçue **avant la date** limite de réception des factures sera affichée sur l'état de compte. Si la modification est effectuée après la date limite, elle sera affichée sur l'état de compte suivant.

8.3.3 Affichage lors d'une annulation de facture

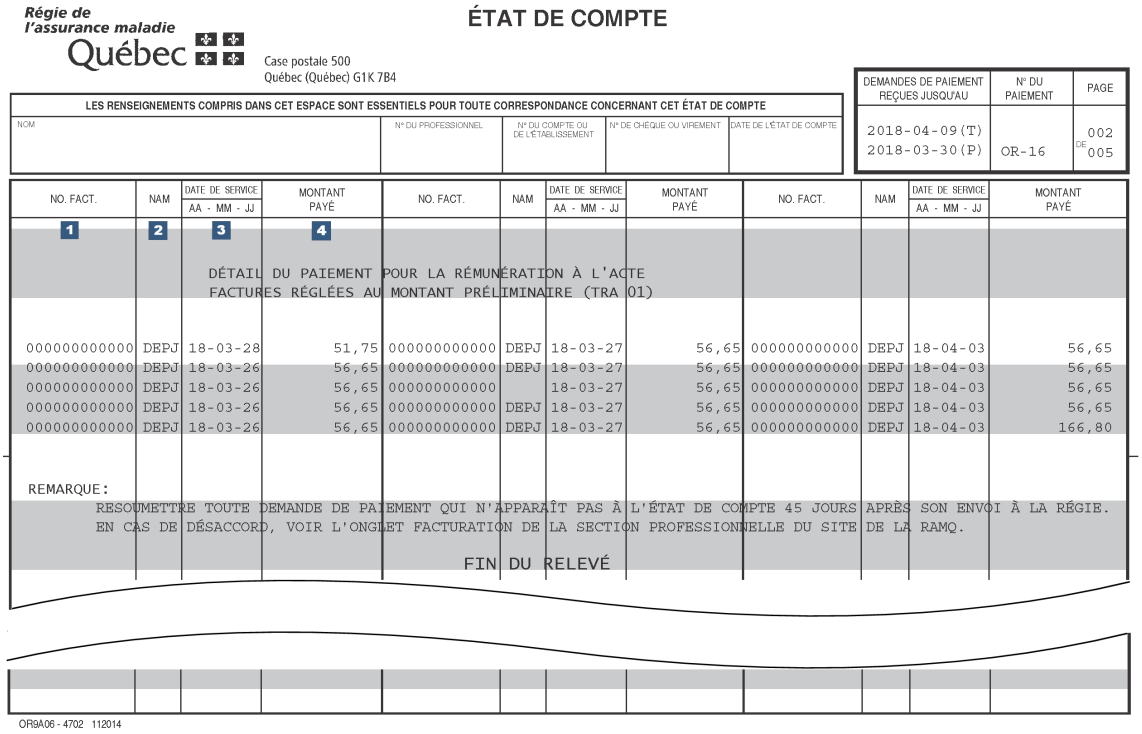
Une facture transmise et annulée **avant la date** limite de réception des factures **ne sera pas affichée** sur l'état de compte (aucune inscription). L'annulation sera affichée si elle concerne une facture déjà transmise à la RAMQ dans une période antérieure à la période d'annulation.

8.4 Description des sections de l'état de compte

8.4.1 Factures réglées au montant préliminaire calculé

La section suivante présente les factures transmises par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale et pour lesquelles toutes les lignes de facture ont été acceptées et payées au montant préliminaire calculé.

Important : Un exemple d'état de compte avec des tarifs plus représentatifs pour les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale sera fourni dans une version ultérieure.



Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09 (T) 2018-03-30 (P)	OR-16	002 DE 005

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° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
FACTURES RÉGLÉES AU MONTANT PRÉLIMINAIRE (TRA 01)

NO. FACT. 1	NAM 2	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ 3	MONTANT PAYÉ 4	NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ	NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ
000000000000	DEPJ	18-03-28	51,75	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000		18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	166,80

REMARQUE :
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.
EN CAS DE DÉSACCORD, VOIR L'ONGLET FACTURATION DE LA SECTION PROFESSIONNELLE DU SITE DE LA RAMQ.

FIN DU RELEVÉ

OR9A06 - 4702 112014

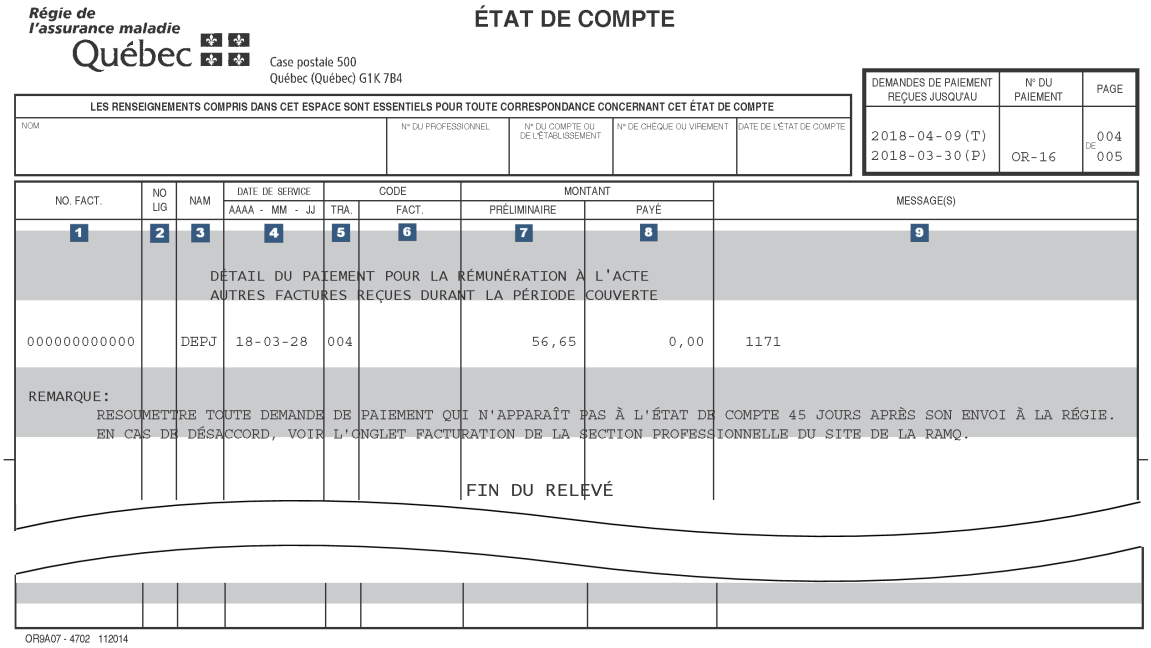
Les renseignements suivants figurent à la section *Factures réglées au montant préliminaire* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
3. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
4. **MONTANT PAYÉ** : montant accordé pour le service rendu.

8.4.2 Autres factures reçues pendant la période couverte

La section suivante présente les factures dont toutes les lignes de facture, ou certaines affichent un montant différent du montant préliminaire. On y trouve aussi les factures dont certaines lignes sont en cours d'évaluation au moment de la production de l'état de compte.

Sont également présentées les factures pour lesquelles le paiement de toutes les lignes ou de certaines lignes a été refusé. Les factures annulées ou modifiées après la date limite de réception des factures apparaîtront sur le prochain état de compte.



Régie de l'assurance maladie Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

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° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09(T) 2018-03-30(P)	OR-16	004 DE 005

NO. FACT.	NO LIG	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA.	CODE FACT.	MONTANT PRÉLIMINAIRE	MONTANT PAYÉ	MESSAGE(S)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
AUTRES FACTURES REÇUES DURANT LA PÉRIODE COUVERTE

000000000000		DEPJ	18-03-28	004		56,65	0,00	1171

REMARQUE:
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.
EN CAS DE DÉSACCORD, VOIR L'ONGLET FACTURATION DE LA SECTION PROFESSIONNELLE DU SITE DE LA RAMQ.

FIN DU RELEVÉ

OR9A07 - 4702 112014

Les renseignements suivants figurent à la section *Autres factures reçues pendant la période couverte* :

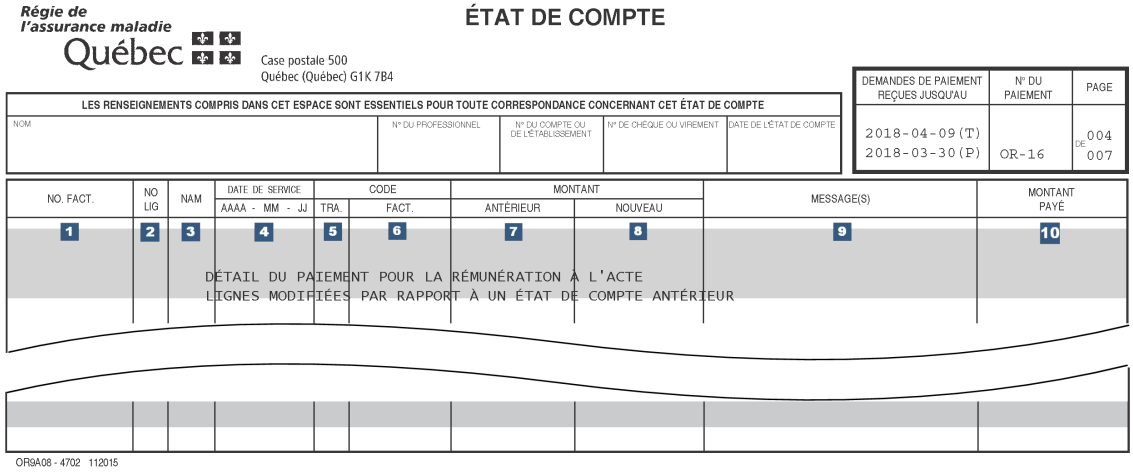
1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.
7. **MONTANT PRÉLIMINAIRE** : montant préliminaire calculé.
8. **MONTANT PAYÉ** : montant accordé pour le service rendu.
9. **MESSAGE (S)** : message explicatif.

8.4.3 Factures modifiées par rapport à un état de compte antérieur

Cette section présente les factures dont toutes les lignes ou certaines lignes de factures ont été :

- annulées par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale à une période différente de celle où la facture avait été créée;
- modifiées par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale à une période différente de celle où la facture avait été créée;
- réévaluées ou rectifiées par la RAMQ;
- révisées à la demande du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale;
- créées sur une facture ayant déjà fait l'objet d'un paiement.

On y trouve la facture contenant une ou des lignes modifiées. Celles-ci sont indiquées afin de faciliter le repérage.


Régie de l'assurance maladie Québec

ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09 (T) 2018-03-30 (P)	OR-16	004 DE 007

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° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

NO. FACT.	NO LIG	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA.	CODE FACT.	MONTANT ANTÉRIEUR	MONTANT NOUVEAU	MESSAGE(S)	MONTANT PAYÉ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
LIGNES MODIFIÉES PAR RAPPORT À UN ÉTAT DE COMPTE ANTÉRIEUR

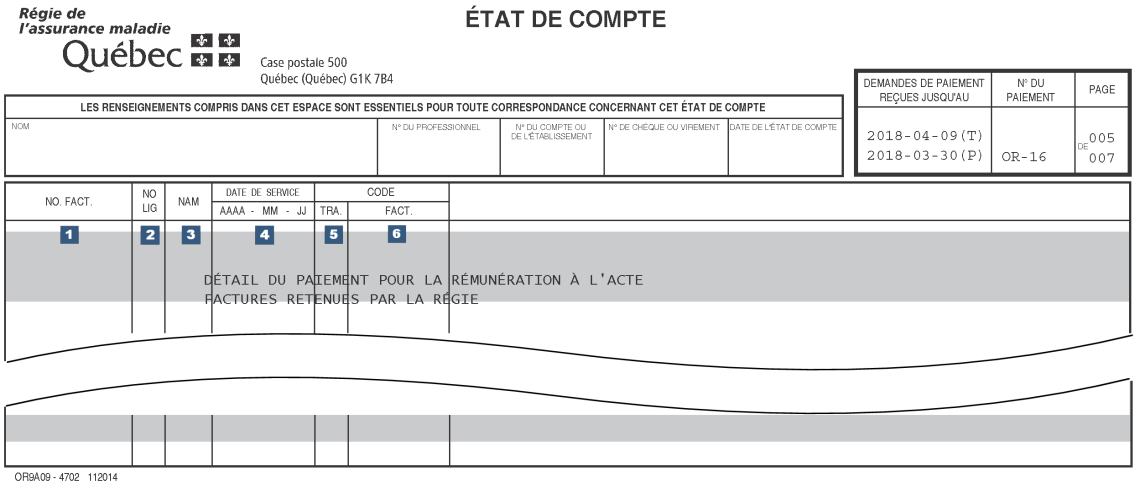
OR9A08 - 4702 112015

Les renseignements suivants figurent à la section *Lignes modifiées par rapport à un état de compte antérieur* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.
7. **MONTANT ANTÉRIEUR**
8. **MONTANT NOUVEAU**
9. **MESSAGE (S)** : message explicatif.
10. **MONTANT PAYÉ** : différence entre le montant antérieur et le nouveau montant.

8.4.4 Factures retenues par la RAMQ

Cette section présente les factures du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui n'ont pas été payées par la RAMQ pour des raisons administratives.


Régie de l'assurance maladie Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

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° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09(T) 2018-03-30(P)	OR-16	005 DE 007

NO. FACT.	NO LIG	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA.	CODE FACT.
1	2	3	4	5	6

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
FACTURES RETENUES PAR LA RÉGIE

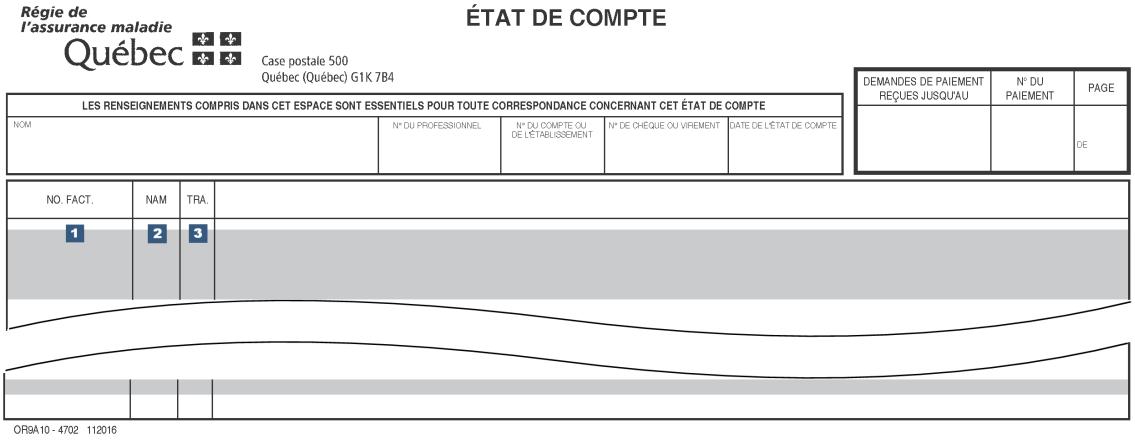
OR9A09 - 4702 112014

Les renseignements suivants figurent à la section *Factures retenues par la Régie* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.

8.4.5 Demandes de révision reçues et en cours de traitement

Cette section sert d'accusé de réception pour les demandes de révision transmises par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui sont en cours d'évaluation au moment de la production de l'état de compte.


Régie de l'assurance maladie Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
		DE

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° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

NO. FACT.	NAM	TRA.
1	2	3

OR9A10 - 4702 112016

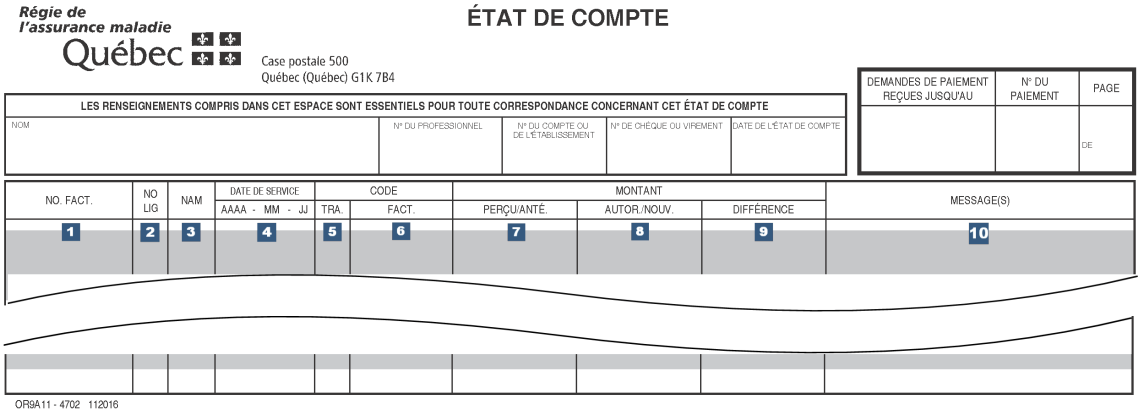
Les renseignements suivants figurent à la section *Demandes de révision reçues et en cours de traitement* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
3. **CODE TRA.** : code de transaction.

8.4.6 Demandes de remboursement d'une personne assurée

Cette section présente les remboursements à la personne assurée effectués par la RAMQ pour les factures dont le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale a perçu un montant auprès de ces personnes. Cette situation peut se produire pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- La personne assurée n'avait pas pu fournir, lors du service, la preuve de son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec (carte d'assurance maladie ou document d'admissibilité temporaire la remplaçant non présenté, ou carte expirée);
- Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale a exigé le paiement d'une personne assurée à l'encontre de la loi.



1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.

Si le code de transaction (TRA) est lié à un remboursement d'une personne assurée (TRA 001, 002 ou 004) :

7. **MONTANT PERÇU/ANTÉ.** : montant perçu par le professionnel.
8. **MONTANT AUTOR./NOUV** : montant autorisé défini par la RAMQ.
9. **DIFFÉRENCE** : différence entre le montant perçu et montant autorisé.

Si le code de transaction est lié à une révision demandée par le professionnel ou révisée par la RAMQ (TRA 021, 022 ou 023) :

7. **MONTANT PERÇU/ANTÉ.** : montant antérieur payé au professionnel.
8. **MONTANT AUTOR./NOUV** : nouveau montant à payer au professionnel.
9. **DIFFÉRENCE** : différence entre le montant antérieur et le nouveau montant.

Lorsque la RAMQ est en attente de la demande de remboursement de la personne assurée, mais que le professionnel a transmis sa facture liée à la demande de remboursement, c'est le TRA 005 qui confirme la réception de la facture liée à la demande de remboursement.

10. **MESSAGE (S)** : message explicatif.

8.4.7 Liste des codes de transaction (TRA)

La liste des codes de transaction (TRA) est accessible sur le site de la RAMQ.

8.4.8 Liste des messages explicatifs

La liste des messages explicatifs est accessible sur le site de la RAMQ.

9 DEMANDE DE RÉVISION

9.1 Instructions pour effectuer une demande de révision

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale souhaitant que la RAMQ révise une facture refusée en tout ou en partie pour des frais dentaires ou des frais de déplacement peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de 90 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la facture.

Avant de soumettre une demande de révision, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit toujours attendre le traitement final de ses factures. Les demandes en cours de traitement ne peuvent faire l'objet d'une révision.

Pour toute demande de révision, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit remplir le formulaire Demande de révision ou d'annulation (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée dans les instructions de remplissage accompagnant le formulaire.

9.1.1 Documents explicatifs à joindre à la demande de révision

Les documents explicatifs pouvant être exigés doivent être joints à la demande de révision (protocole, note clinique, attestation, dossier dentaire, autorisation de ministères, carnet de réclamation, radiographie, liste de garde, rapport de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST] ou autres). Ces documents doivent être lisibles, et le numéro ou le nom des professionnels concernés doit être inscrit en lettres majuscules sous les signatures.

L'attestation de garde (ou liste de garde) constitue une pièce justificative essentielle à joindre à une demande de révision lorsqu'il s'agit d'un forfait de garde. Elle doit être vérifiée et signée par le directeur des services professionnels ou son représentant

9.2 Facture avec le code TRA 20, TRA 21 ou TRA 22 à l'état de compte

Lorsque nous effectuons une révision, les factures parues à l'état de compte avec le code de transaction TRA 20 (Facture reçue en révision) peuvent s'afficher avec les codes de transaction suivants :

- TRA 21 : Demande de paiement, de remboursement, facture ou relevé d'honoraires révisé à votre demande;
- TRA 22 : Demande de paiement, de remboursement, facture ou relevé d'honoraires révisé par la Régie.

Les situations particulières suivantes découlent du fonctionnement de notre système de rémunération à l'acte :

- Les factures parues à l'état de compte avec le code de transaction TRA 20 pourraient figurer avec le code TRA 22 plutôt que le code TRA 21. Le code TRA 22 doit alors être considéré comme la réponse à la demande de révision, même si cette demande a été soumise par vous ou une personne autorisée;

- Les factures parues à l'état de compte avec le code de transaction TRA 20 pourraient ne pas figurer à un état de compte subséquent. Dans ce cas, vous recevrez une lettre dans votre messagerie sécurisée pour vous informer de la décision;
- Si la facture est révisée au même état de compte que celui où aurait paru le code TRA 20, ce code pourrait ne pas figurer à cet état de compte. C'est alors le code TRA 21 ou TRA 22 qui y figure.

9.3 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel. À défaut d'avoir procédé à votre inscription à nos services en ligne, vous recevrez notre correspondance par la poste.

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

10 DEMANDE DE FACTURATION HORS DÉLAI

Exceptionnellement, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale peut demander à la RAMQ de lui soumettre une facture après le délai de 90 jours de la date où le service a été rendu. Il doit alors lui démontrer qu'il était dans l'impossibilité d'agir plus tôt. Pour faire cette demande, voir la page Facturation hors délai du site Web de la RAMQ.

11 LEXIQUE

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	**Définition**
Agence de facturation privée	Professionnel ou groupe de professionnels qui effectue sa propre facturation informatisée ou qui la confie à une ou à des personnes accomplissant ce travail exclusivement pour lui (ex. : clinique dentaire).
Agence de facturation commerciale	Personne ou entreprise qui offre des services de facturation informatisée et qui les commercialise sur une base active et régulière auprès d'une ou de plusieurs catégories de professionnels.
Carte d'assurance maladie (CAM)	Carte avec un numéro unique délivrée à une personne assurée. Cette carte donne accès aux services de santé couverts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec. L'*Attestation d'inscription* et la *Confirmation d'inscription* sont deux documents d'admissibilité temporaires qui donnent accès aux mêmes privilèges que la carte d'assurance maladie.
Code de facturation	Expression désignant un acte médical, un service, des frais ou un produit codifié aux fins de facturation. Remplace le terme *code d'acte*.
Compte administratif	Compte attribué par la RAMQ pouvant être de deux types : – Le compte administratif individuel qu'un professionnel peut ouvrir, par exemple pour répartir sa rémunération par lieu de pratique; – Le compte administratif collectif qui renvoie à un regroupement ou à une société dont fait partie le professionnel concerné.
Compte de finances personnelles	Compte de finances personnelles attribué par la RAMQ à tous les professionnels de la santé et dans lequel sont versés les honoraires d'un professionnel de la santé.
Contrôle	Opération qui permet de déterminer la conformité d'un élément facturé par rapport aux ententes et leurs composantes conclues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les fédérations médicales et les associations professionnelles. Un contrôle comporte une décision sur la conformité. En général, les contrôles correspondent aux règles d'affaires qui ont pour but de valider la conformité aux ententes. La responsabilité de la RAMQ par rapport aux contrôles de conformité est énoncée à l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie. Exemple de contrôle : le service rendu est payable seulement si la personne qui a reçu le service est admissible à la date du service.
Correspondance	Lettre écrite par la RAMQ et expédiée au professionnel de la santé pour lui communiquer de l'information ou pour lui demander une ou des pièces justificatives.
Date de réception	Date à laquelle une facture est reçue à la RAMQ par le mécanisme de transmission en direct ou en différé.

Date du service	Date à laquelle un service couvert a été rendu par un professionnel de la santé, ou date de son déplacement en lien avec ses frais de kilométrage. Pour faciliter l'affichage des informations, la notion de « service » englobe aussi les forfaits, les suppléments et tout autre élément qui sont associés à un code de facturation traité pour la rémunération à l'acte. La date du service se trouve au niveau de la ligne de facture de la demande de paiement.
Délai de facturation	Délai légal dont dispose le professionnel de la santé, à compter de la date du service rendu, pour facturer à la RAMQ.
Demande de facturation hors délai	Demande adressée à la RAMQ par un professionnel de la santé pour obtenir l'autorisation de dépasser le délai de facturation prescrit pour soumettre sa facturation. Remplace le terme *dérogation*.
Demande de paiement	Requête adressée à la RAMQ par le professionnel de la santé afin d'obtenir le paiement des services couverts qu'il a rendus à une personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec. La demande de paiement sert également à obtenir le remboursement de frais pour les déplacements qu'un professionnel de la santé a effectués pour rendre des services couverts. Une demande de paiement peut être produite en utilisant une facture de services dentaires.
Demande de remboursement	Demande effectuée par une personne assurée qui souhaite être remboursée pour le montant qu'elle a préalablement payé à un professionnel de la santé pour un service couvert dans le cadre de la rémunération à l'acte. La demande de remboursement est effectuée parce que la personne assurée était dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie ou un document d'admissibilité temporaire la remplaçant, ou parce que sa carte d'assurance maladie n'était plus valide.
Demande de révision	Demande adressée à la RAMQ par un professionnel de la santé souhaitant qu'elle révise une facture refusée en tout ou en partie pour des frais dentaires ou des frais de déplacement. Une demande de révision peut s'effectuer dans un délai légal de 90 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la facture. Diffère de *demande de modification* et *demande d'annulation*.
Développeur de logiciels	Personne ou entreprise qui développe et entretient un logiciel de facturation informatisée.
Élément de contexte	Information précisant le contexte dans lequel le service facturé a été rendu. Elles peuvent influencer l'évaluation de la facture et le calcul des honoraires. Plusieurs éléments de contexte remplacent des modificateurs utilisés auparavant.
Élément mesurable	Particularité associée à des codes de facturation qui nécessitent une précision de mesure afin d'établir le tarif approprié. Pour les frais de déplacement à titre de consultant pour rendre des services dentaires rendus en établissement, le nombre de kilomètres doit être inscrit.

État de compte	Document qui fait état des factures envoyées par le professionnel de la santé ainsi que des paiements effectués par la RAMQ. Il permet au professionnel de faire une conciliation entre ce qu'il a transmis à la RAMQ et ce qui lui a été payé pour la période de paie visée. Dans le nouvel état de compte, les factures sont regroupées selon diverses rubriques et sont présentées en ordre croissant de numéro de facture à l'intérieur d'une sous-rubrique. Le numéro de facture RAMQ sert de référence pour repérer les informations sur l'état de compte.
Facture	Ensemble de renseignements fournis par le professionnel de la santé, à partir de la demande de paiement, afin de réclamer des honoraires pour des services couverts prévus à son entente ou pour facturer des frais de déplacement pour rendre des services (frais de kilométrage).
Facture de services dentaires	Réclamation par un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale des honoraires pour des services couverts prévus à son entente.
Honoraires additionnels	Acte facturé avec des honoraires majorés lorsque les circonstances cliniques sont exceptionnelles et lorsqu'une prestation de soins devient d'une complexité inhabituelle.
Lieu de dispensation physique	Lieu physique où sont rendus les services dentaires au Québec. En établissement, le lieu de dispensation physique est habituellement la propriété d'organismes dispensateurs de services, communément appelés *corporations*. Dans le cadre de la rémunération à l'acte, le lieu de dispensation physique équivaut notamment aux installations des établissements, des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des cliniques privées.
Lieu de dispensation géographique	Lieu géographique correspondant à un code de localité ou à un code postal, que ce soit le domicile de la personne assurée, le cabinet du professionnel, un local ou autre. Exception : si le service est rendu hors du Québec, inscrire le code de localité **60000**, puisqu'il est utilisé pour toutes les localités hors Québec.
Ligne de facture	Regroupement d'informations de facturation qui décrit le service rendu afin que la RAMQ puisse évaluer le montant à payer. En plus de fournir le code de facturation, la ligne de facture contient des renseignements tels que la date, le rôle et divers éléments qui permettent de décrire le contexte dans lequel le service a été rendu. Remplace le terme *ligne de service*.
Majoration	Augmentation appliquée au tarif de base d'un code de facturation payé au professionnel de la santé selon les termes de son entente.
Message explicatif	Court texte expliquant une situation, une décision, un statut ou une anomalie. Le message explicatif est envoyé automatiquement au demandeur lors de la transmission de sa demande de paiement en direct ou en différé. Il paraît aussi à l'état de compte pour informer des motifs de la décision ou pour expliquer l'erreur d'une demande non recevable.
Montant perçu	Somme payée par un patient pour un service couvert qui lui a été rendu même s'il n'avait pas présenté sa carte d'assurance maladie ni un document d'admissibilité temporaire la remplaçant, ou si sa carte est expirée.

Montant préliminaire	Montant déterminé par la RAMQ pour chaque ligne de facture. Ce montant est dit *préliminaire*, puisque les contrôles prévus pour l'évaluation de la facture dans son contexte et selon les ententes n'ont pas tous été effectués. Il est donc possible que le montant autorisé soit différent du montant préliminaire retourné au professionnel. Des messages explicatifs figurent à l'état de compte pour expliquer les écarts.
Numéro d'assurance maladie (NAM)	Numéro unique attribué à chaque personne assurée, inscrit sur sa carte d'assurance maladie du Québec, lui permettant d'avoir accès aux services de santé couverts dans le cadre du régime d'assurance maladie (RAM).
Numéro de facture externe	Numéro correspondant au numéro unique généré par le logiciel de facturation pour une facture donnée. Habituellement séquentiel, il établit le lien entre le numéro de facture RAMQ et le numéro attribué à la facture par le système local (du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou de l'agence de facturation).
Numéro de facture RAMQ	Numéro d'identification unique attribué par la RAMQ à une facture valide et recevable. Ce numéro sert de référence aux traitements du système et aux états de compte. Aucun nouveau numéro n'est attribué à une facture modifiée. Remplace le NCE (numéro de contrôle externe) et le NCI (numéro de contrôle interne).
Paiement	Montant versé au professionnel pour des factures transmises. Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par chèque ou par virement automatique.
Personne assurée	Personne qui réside ou séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
Pièce justificative	Document complémentaire demandé au professionnel de la santé par la RAMQ au moyen de messages (appelés aussi *correspondances*), pour évaluer correctement une facture.
Recevabilité	Première étape de validation de la demande de paiement. Une demande doit être jugée recevable afin d'enregistrer les informations dans le système, d'attribuer un numéro de facture RAMQ et de permettre le calcul d'un montant préliminaire. Que la demande, la facture ou la ligne de facture soient recevables ou non, l'état de recevabilité est communiqué au professionnel de la santé par le même moyen dont il s'est servi pour transmettre sa demande de paiement ou de modification originale. La recevabilité repose sur la validité des éléments suivants : • Champs obligatoires; • Information dans les registres.
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Organisme du Gouvernement du Québec qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux. La RAMQ administre le régime d'assurance maladie (RAM), le régime public d'assurance médicaments (RPAM) ainsi que près d'une quarantaine d'autres programmes qui lui sont confiés par le gouvernement.

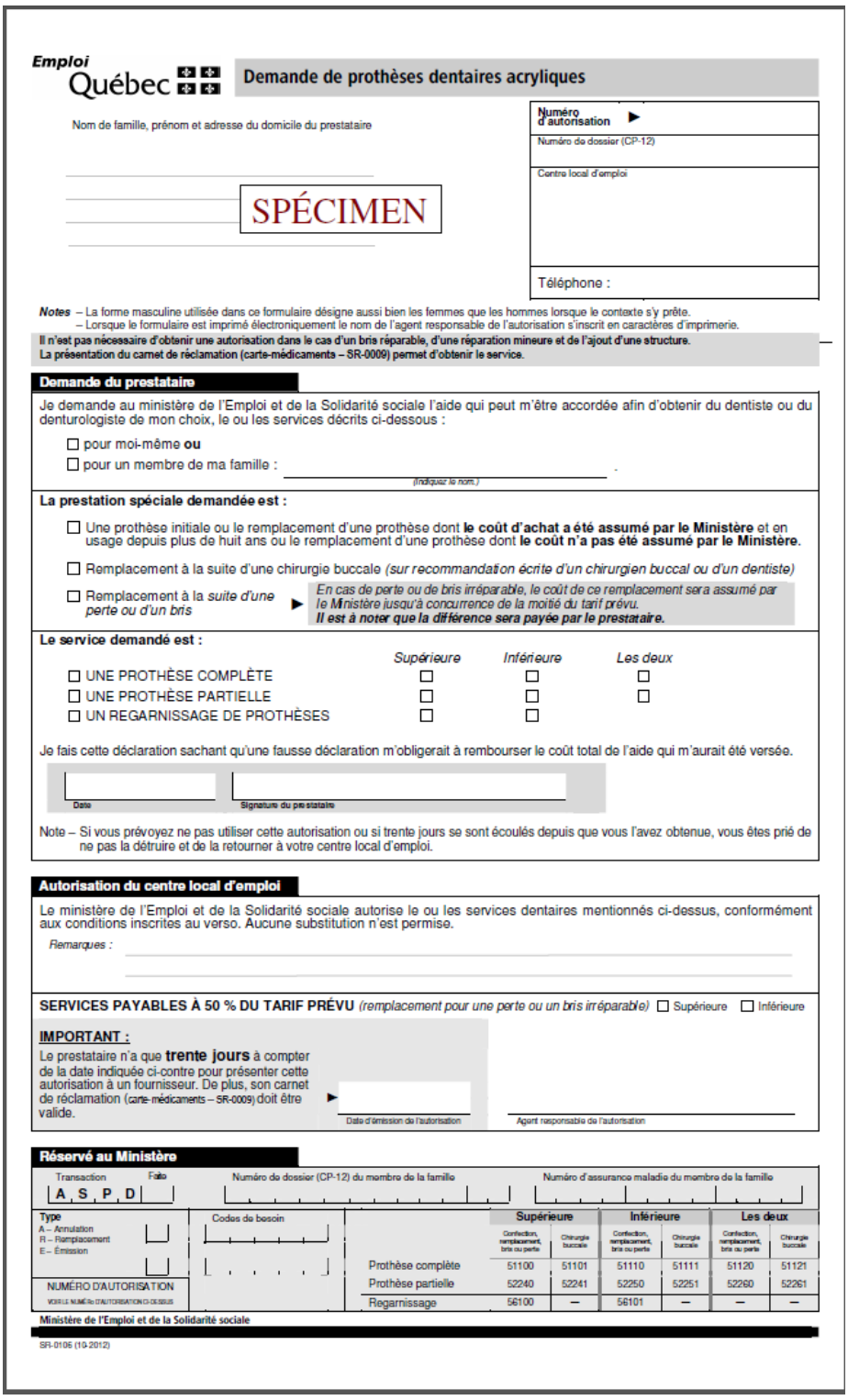
Règlement	Action de régler une demande de paiement, c'est-à-dire de prendre une décision sur cette demande et d'établir le montant autorisé au paiement.
Rémunération à l'acte	Mode de rémunération consistant au paiement d'un montant fixe prédéterminé pour chacun des actes posés par le professionnel de la santé ou le dispensateur de services.
Révision	Processus d'affaires qui consiste à examiner de nouveau, à la demande du professionnel de la santé, une décision sur une ou des lignes de facture en conformité avec les documents officiels. Remplace le terme *révision externe*.
Rôle	Indicateur numérique, conçu pour la facturation des actes, qui représente la fonction ou l'activité assumée par le professionnel de la santé lors de la dispensation des services dentaires. Le rôle se trouve au niveau de la ligne de facture de la demande de paiement.
Service en ligne (SEL)	Service en ligne FacturActe de la RAMQ permettant au professionnel de la santé de soumettre ses factures de services dentaires.
Tarif de base	Montant d'un acte médical apparaissant dans les grilles tarifaires des manuels de facturation actuels des professionnels de la santé.
TIP-I	« Bus de messagerie » permettant de transmettre des informations de paiement par Internet. Un bus de messagerie est un portail intersystèmes qui permet le transfert automatisé des factures.
Transmission de l'information en direct	Transmission d'une seule demande de paiement via le service en ligne FacturActe de la RAMQ ou un logiciel de facturation. Le montant préliminaire, le numéro unique, l'explication sur le calcul ou les messages explicatifs en cas de non-recevabilité sont retournés en temps réel.
Transmission de l'information en différé	Transmission de plusieurs demandes de paiement accumulées via un logiciel de facturation prévu à cette fin. Le montant préliminaire, le numéro unique, l'explication sur le calcul ou les messages explicatifs en cas de non-recevabilité sont retournés avant 8 h le lendemain si la transmission a été effectuée avant 22 h la veille via le logiciel TIP-I. Les informations de recevabilité ne sont transmises que lorsque toutes les demandes du lot ont été traitées.

12 NOUS JOINDRE

Consultez la page Nous joindre du site Web de la RAMQ.

Annexe I – Formulaire Demande de prothèses dentaires acryliques

Recto



Emploi Québec

Demande de prothèses dentaires acryliques

Nom de famille, prénom et adresse du domicile du prestataire

SPÉCIMEN

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 :

	Supérieure	*Inférieure*	*Les deux*
☐ UNE PROTHÈSE COMPLÈTE	☐	☐	☐
☐ UNE PROTHÈSE PARTIELLE	☐	☐	☐
☐ UN REGARNISSAGE DE PROTHÈSES	☐	☐	

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 — Fait — Numéro de dossier (CP-12) du membre de la famille — Numéro d'assurance maladie du membre de la famille

Type
A – Annulation
R – Remplacement
E – Émission

Codes de besoin

NUMÉRO D'AUTORISATION
VOIR LE NUMÉRO D'AUTORISATION CI-DESSUS

	Supérieure		Inférieure		Les deux	
	Confection, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confection, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale	Confection, remplacement, bris ou perte	Chirurgie buccale
Prothèse complète	51100	51101	51110	51111	51120	51121
Prothèse partielle	52240	52241	52250	52251	52260	52261
Regarnissage	56100	–	56101	–	–	–

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0106 (15-2012)

Verso

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.

Annexe II – Numérotation et noms des surfaces des dents

Dent surnuméraire

Toute dent ne correspondant pas au tableau, selon le nombre, est, lors d'une même intervention, numérotée comme suit : 01 pour la première, 02 pour la seconde et ainsi de suite.

<table>
<tr><th colspan="4">NUMÉROTATION DES DENTS</th></tr>
<tr><td colspan="4">Dents primaires</td></tr>
<tr><td colspan="4">MAXILLAIRE</td></tr>
<tr><td colspan="2">(supérieur droit)
55 54 53 52 51</td><td colspan="2">(supérieur gauche)
61 62 63 64 65</td></tr>
<tr><td colspan="2">85 84 83 82 81
(inférieur droit)</td><td colspan="2">71 72 73 74 75
(inférieur gauche)</td></tr>
<tr><td colspan="2">INCISIVES centrales
51, 61, 71, 81</td><td colspan="2" rowspan="3">dents antérieures</td></tr>
<tr><td colspan="2">INCISIVES latérales
52, 62, 72, 82</td></tr>
<tr><td colspan="2">CANINES
53, 63, 73, 83</td></tr>
<tr><td colspan="2">MOLAIRES
54, 64, 74, 84
55, 65, 75, 85</td><td colspan="2">dents postérieures</td></tr>
<tr><td colspan="4">Dents permanentes</td></tr>
<tr><td colspan="4">MAXILLAIRE</td></tr>
<tr><td colspan="2">(supérieur droit)
18 17 16 15 14 13 12 11</td><td colspan="2">(supérieur gauche)
21 22 23 24 25 26 27 28</td></tr>
<tr><td colspan="2">48 47 46 45 44 43 42 41
(inférieur droit)</td><td colspan="2">31 32 33 34 35 36 37 38
(inférieur gauche)</td></tr>
<tr><td colspan="2">INCISIVES centrales
11, 21, 31, 41</td><td colspan="2" rowspan="3">dents antérieures</td></tr>
<tr><td colspan="2">INCISIVES latérales
12, 22, 32, 42</td></tr>
<tr><td colspan="2">CANINES
13, 23, 33, 43</td></tr>
<tr><td colspan="2">PRÉ-MOLAIRES
14, 24, 34, 44
15, 25, 35, 45</td><td colspan="2" rowspan="2">dents postérieures</td></tr>
<tr><td colspan="2">MOLAIRES
16, 26, 36, 46
17, 27, 37, 47
18, 28, 38, 48</td></tr>
</table>

NOM DES SURFACES DES DENTS
Avec la nouvelle facturation à l'acte, il est maintenant requis d'identifier les surfaces des dents traitées avec le terme exact de la surface **et non avec le numéro qui leur était auparavant associé. Les surfaces sont :** • **Mésiale** • **Buccale** • **Occlusale (incisive)** • **Linguale** • **Distale**

Annexe III – Âge admissible pour certains services en lien avec les numéros de dent

Important : Certaines raisons permettent de payer un service lorsqu'il y a une incompatibilité entre l'âge et le numéro d'une dent soit primaire ou permanente. Il s'agit des raisons suivantes :

Ankylose;

Anodontie des dents permanentes;

Éruption prématurée;

Pour fins orthodontiques;

Rétention prolongée;

La raison doit toujours être précisée sur la ligne de facture. Pour connaître la façon d'inscrire cette information sur la ligne de facture, veuillez vous référer aux instructions de facturation à la section 5.3.1.1 de ce guide.

Dents primaires	Âge de la personne assurée
Dents 51 – 61	Moins de 9 ans
Dents 52 – 62	Moins de 10 ans
Dents 53 – 63	Moins de 13 ans
Dents 54 – 64	Moins de 13 ans
Dents 55 – 65	Moins de 13 ans
Dents 71 – 81	Moins de 8 ans
Dents 72 – 82	Moins de 9 ans
Dents 73 – 83	Moins de 12 ans
Dents 74 – 84	Moins de 13 ans
Dents 75 – 85	Moins de 13 ans

Dents permanentes	Âge de la personne assurée
Dents 11 – 21	5 ans et plus
Dents 12 – 22	6 ans et plus
Dents 13 – 23	8 ans et plus
Dents 14 – 24	8 ans et plus
Dents 15 – 25	8 ans et plus
Dents 16 – 26	4,5 ans et plus
Dents 17 – 27	9 ans et plus
Dents 18 – 28	14 ans et plus
Dents 31 – 41	4 ans et plus
Dents 32 – 42	5 ans et plus
Dents 33 – 43	7 ans et plus
Dents 34 – 44	8 ans et plus
Dents 35 – 45	8 ans et plus

Dents 36 – 46	4 ans et plus
Dents 37 – 47	9 ans et plus
Dents 38 – 48	14 ans et plus

Annexe IV – Liste des cliniques privées d'anesthésie générale

Code de lieu de dispensation	Clinique
51332	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal (Québec) H3P 2V9
51302	Clinique d'anesthésie dentaire de Montréal 6863, des Angevins Anjou (Québec) H1K 3R4
51402	Centre dentaire Patrick Canonne 6550, rue Jean-Talon, bureau 200 Saint-Léonard (Québec) H1S 1N1
51412	Soins dentaires sous anesthésie générale 2012, chemin Tenth Line Orléans (Ontario) K4A 4X4
51422	Opéra M.D.inc. 725, boulevard Lebourgneuf, suite 503 Québec (Québec) G2J 0C4

Annexe V – Liste des établissements désignés pour le deuxième examen annuel de suivi pour des fins oncologiques (règle 2.3)

Cette liste est tirée de l'Annexe E du Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie (RALAM).

Lieu de dispensation	Code du lieu de dispensation
Hôpital Notre-Dame du CHUM	0020X
Hôpital général de Montréal	0018X
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	0011X
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0015X
CHU de Québec – Hôtel-Dieu de Québec	0204X
CHUS – Fleurimont	0116X
Hôpital de Chicoutimi	0247X
Pavillon Ste-Marie	0183X
Hôpital de Gatineau	0769X
Hôpital régional de Rimouski	0334X
Hôpital Charles-Lemoyne	0095X
Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval	0044X
Hôpital de Montréal pour enfants	0017X
CHU – Sainte-Justine	0034X

Annexe VI – Tableau des services dentaires assurés

Le tableau suivant présente la couverture des soins dentaires en fonction du lieu où les services sont rendus, de l'âge et du statut de la personne assurée.

Type de service	Milieu hospitalier**	Cabinet
Examens et consultation		
Examen et consultation	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Examen d'urgence	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Prévention		
Enseignement	Prestataire[1] 12 ans et plus	Prestataire[1] 12 ans et plus
Nettoyage	Prestataire[1] 12 ans et plus	Prestataire[1] 12 ans et plus
Application du fluorure	Prestataire[1] 12 à 15 ans	Prestataire[1] 12 à 15 ans
Détartrage	Prestataire[1] 16 ans et plus	Prestataire[1] 16 ans et plus
Radiologie*		
Intra-orale	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Extra-orale : autres	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation – couronne préfabriquée – tenon	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Endodontie		
Pansement sédatif	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Pulpotomie sur dent primaire	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Pulpotomie sur dent permanente sous anesthésie générale	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Pulpectomie sur dent primaire	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Traitement de canal sur dent permanente	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1] de 10 à 12 ans	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1] de 10 à 12 ans
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enfant de 0 à 9 ans et prestataires[1]
Prosthodontie (1 prothèse par 8 ans)	Prestataire[1]	Prestataire[1]
Parodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré

Légende * Service assuré dont la rémunération est incluse dans un autre service assuré (Règle d'application 2.9 de l'annexe VI). ** Centre hospitalier ou établissement universitaire. [1] Le mot prestataire du présent tableau désigne un prestataire d'une aide financière avec un carnet de réclamation.
Important : Pour les prestataires, vérifier sur le carnet de réclamation si le patient est soumis au délai de carence (12 mois soins dentaires ou 24 mois services de prothèses dentaires).