



## MANUEL DES SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

MISE À JOUR 22  
DÉCEMBRE 2004

*Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.*

---

### SOMMAIRE

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

#### PERSONNES ASSURÉES

- Nouvelles cartes d'assurance maladie

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

- Nouveau carnet de réclamation

**Page :** [6](#)

#### PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Nouveaux codes de transaction

**Page :** [8](#)

- Nouveau message explicatif : 449

**Page :** [16](#)

#### LÉGENDE

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

- **La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.**

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
**Service de l'information aux professionnels**

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec** 



## 2. PERSONNES ASSURÉES

### 2.0 AVANT-PROPOS

#### A. SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

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

#### B. SERVICES DENTAIRES

Toutes les personnes assurées dont l'âge est fixé par règlement et les prestataires du programme d'assistance emploi sont admissibles au programme de services dentaires assurés reçus en cabinet privé, en établissement ou ailleurs.

### 2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES, DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT, AINSI QUE LES PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE

#### 2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

#### 2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Le numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Le prénom usuel et le nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative)
4. Numéro de séquence de la carte
5. La date d'expiration de la carte (l'année d'expiration peut comporter 2 ou 4 chiffres)
6. La date de naissance et le sexe de la personne assurée
7. Photographie/signature (facultatif - Voir 2.1.3)
8. Hologramme

## # 2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte (avec hologramme) peuvent être présentés. Il est important de valider la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

## a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

## b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus
- Personne assurée hébergée en établissement
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour raison d'ordre médical

## c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour raison d'ordre médical.

## d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour raison d'ordre médical.

**2.1.4 Vérification de la carte (Validité)****LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE:**

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**

**a) la date d'expiration est postérieure à la date des services**

Transcrire sur la demande de paiement les renseignements contenus sur la carte d'assurance maladie de la personne assurée.

**b) la date d'expiration est antérieure à la date des services**

Dans ce cas, la personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire n° 2076 « Demande de paiement ou de remboursement à la personne assurée » qui le concerne et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

**c) nouvelle carte**

Lorsque la personne assurée vous présente sa nouvelle carte, vérifiez à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne assurée doit payer les honoraires au professionnel.

Dans ce cas, le professionnel **ne doit pas** remettre le formulaire n° 2076 « Demande de paiement ou de remboursement à la personne assurée ».

**LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :****1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :****a) L'enfant est âgé de moins d'un an;**

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse).

Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (\*). Dans le cas de naissances multiples, inscrire la mention Jumeau A, Jumeau B, Jumeau C, etc. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. L'heure (ou l'ordre) de la naissance détermine la lettre à utiliser. Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.

- inscrire la lettre « C » dans la case C.S., même s'il s'agit d'un cas d'urgence
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou, à défaut y inscrire tous les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance.

**Ne jamais utiliser la carte d'assurance maladie du père ou de la mère.**

**b) La personne est dans un état requérant des soins urgents :**

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**);
- inscrire la lettre « D » dans la case C.S.

**c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 », dans le Répertoire des établissements) :**

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**);
- inscrire la lettre « C » dans la case C.S.

**d) Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la RAMQ par le MSSS:**

- vérifier si la personne détient une lettre de la RAMQ confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
- inscrire la lettre « J » dans la case C.S.

En l'absence de la lettre de la RAMQ, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. (**Ne pas remettre** le formulaire n° 2076 « Demande de paiement ou de remboursement à la personne assurée »).

**2- Dans tous les autres cas :**

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire n° 2076 « Demande de paiement ou de remboursement à la personne assurée » qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie.

## # 2.2 PRESTATAIRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI

Les prestataires du programme d'assistance emploi détiennent **un carnet de réclamation** (comportant deux volets) qui leur donne droit aux services dentaires assurés. Ils doivent le présenter au chirurgien buccal chaque fois qu'ils reçoivent un tel service.

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

**Avant de rendre un service, cette période de validité** doit être vérifiée afin de déterminer si la personne est admissible au programme, à la date du service.

**Le volet de droite** identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles au programme de soins dentaires. Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services dentaires **doit figurer sur ce volet**.

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

**Remarque : Il est important de vérifier** si le prestataire, détenteur d'un carnet de réclamation, est soumis au **délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services dentaires ou de 24 mois consécutifs pour les prothèses dentaires acryliques : dans ce cas, la mention « A COMPTER DU XX-XX-XX » figure dans la section « Référence » de son carnet.

**4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT**

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée. Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction «TRA» 04 (Voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir 4.9).

Pour obtenir paiement, le professionnel de la santé doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

**IMPORTANT** : Inscrire **la lettre «B»** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

**4.7 CODES DE TRANSACTIONS**

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif (voir **4.9**).

Aucun code : Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ou acte ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement ou de l'acte identifié sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement ou acte payé avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement ou acte payé avant appréciation. Réparaîtra sur un état de compte subséquent avec un code 10, 11 ou 12.
- 04- Demande de paiement ou acte annulé; à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement ou acte reçu, en cours de traitement. Réparaîtra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation; à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, réparaîtra après traitement sur un état de compte subséquent.
- # 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- # 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision en appréciation. Réparaîtra sur un état de compte subséquent.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- 50- Demande de paiement reçue et traitée mais dont le paiement est retenu (faillite, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- 90- Codes spéciaux de révision.
- 91 à 98- Codes spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 384** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé avec des unités; il doit être facturé un par ligne.
- 388** Acte soumis à l'application du modificateur 066 (réf. : Règle d'application 1.4.1)
- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 054 (réf. : Règle d'application 1.4.2).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 5.2).
- 396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 5.28).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 5.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 5.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 5.4).
- 401** Acte payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404** Acte non assuré pour cette personne assurée.
- 406** Acte assuré pour un prestataire du programme d'assistance emploi seulement.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum (Réf. : Règle d'application 3.5.1).
- 414** Acte déjà été payé à un autre professionnel.

#### **4. PAIEMENT À L'ACTE**

#### **Chirurgiens buccaux**

- 415** L'acte ou les actes vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe en référence.
- 423** L'acte ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 5.20).
- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 437** Conformément à la règle d'application 3.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base de cet acte étant donné que la valeur additionnelle par surface obturée, est absente ou non payable. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature, son libellé ou la règle d'application afférente, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 441** Selon le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, cet acte ne peut être payé s'il n'est pas suivi d'un des services énumérés à l'article 36.1. Réf. : Article 2.2 de la page 4, sous l'onglet « Personnes assurées ».
- 446** Acte incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.4).
- 447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 4.4).
- # **449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.8.1).
- 450** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.24).
- 451** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.25).
- 452** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.26).
- 453** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.27).
- 454** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.9).
- 455** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 5.10).

- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Profils médicaux.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce qu'elle doit fournir les renseignements manquants.
- # 969** En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature de l'acte, **la règle d'application**, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'AVIS, le code d'acte est non payable s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.