

**MANUEL
DES
DENTUROLOGISTES
(n° 320)**

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

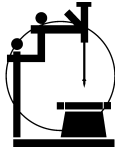
Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

ISBN : 978-2-550-53963-6

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



MANUEL DES DENTUROLOGISTES

MISE À JOUR 16
SEPTEMBRE 2011

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

TABLE DES MATIÈRES

- Changements d'ordre administratif

Page : 2

PRESTATAIRES

- Changements d'ordre administratif

Page : 1

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification des calendriers de paiement

Pages : 8 et 9

- Modification du message 360 et ajout du message 431

Pages : 12 et 13

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modification du formulaire n° 2907

Page : 1

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

LÉGENDE

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
ISBN 978-2-550-53963-6

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les denturologistes sur les modalités de paiement du coût des prothèses dentaires acryliques, conformément au règlement sur l'aide aux personnes et aux familles ainsi qu'à l'accord intervenu entre le denturologiste et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot **AVIS**.

La Régie remet à chaque nouveau denturologiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, un approvisionnement de demandes de paiement renouvelable sur commande.

Lorsque le texte du manuel est modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (*voir la **signification des références**, au verso de la présente page*).

Les denturologistes et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel et de ces successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur les procédures administratives afférentes au paiement des prothèses dentaires acryliques.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir la **page suivante**.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

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

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- Québec : 418 528-7763

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

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

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX/ MMMM 20AA / ZZ

- MAJ** = mise à jour
- XX** = numéro séquentiel de la mise à jour papier
- MMMM 20AA** = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
- ZZ** = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);
 - **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.
 - **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente-cadre.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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

	<i>Page</i>
4.3 ÉTAT DE COMPTE	2
4.3.1 Description	3
4.3.1.1 Renseignements généraux	3
4.3.1.2 Demande de paiement qui font l'objet d'une transaction	5
4.3.2 Vérification des paiements	5
4.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
4.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
4.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
4.4.3 Paiement refusé en partie	5
4.4.4 Paiement refusé en totalité	6
4.4.5 Demande de révision	6
4.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	6
4.6 CODES DE TRANSACTIONS	7
# 4.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2010)	8
# CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)	9
4.8 MESSAGES EXPLICATIFS	10
5. TARIF	1
6. MANUELS ET FORMULAIRES	1

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

(ci-après appelée la Régie)

ET

NOM ET PRÉNOM LÉGAUX :

DOMICILIÉ(E) AU :

NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE :

(ci-après désigné comme le denturologiste)

ATTENDU que le denturologiste désire être rémunéré directement par la Régie pour le coût des prothèses dentaires acryliques qu'il fournit à une personne admissible, seule ou appartenant à une famille admissible, à un programme d'aide de dernier recours prévu au chapitre II de la Loi sur la sécurité du revenu (L.R.Q., c. S-3.1.1), le tout conformément au paragraphe 2^o de l'article 25 ainsi qu'à l'article 29 du Règlement sur la sécurité du revenu, la Régie et le denturologiste conviennent de ce qui suit :

1. La Régie s'engage à :

- a) payer au denturologiste, conformément à l'article 29 du Règlement sur la sécurité du revenu, le coût des prothèses dentaires acryliques qu'il fournit à une personne admissible, seule ou appartenant à une famille admissible, à un programme d'aide de dernier recours prévu au chapitre II de la Loi sur la sécurité du revenu, qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré conformément à l'article 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) ou qui est visée par un tel carnet, et qui détient également une autorisation dûment signée et émise par un Centre Travail-Québec ou qui est visée par une telle autorisation;
- b) payer au denturologiste, conformément à l'article 29 du Règlement sur la sécurité du revenu, le coût des réparations des prothèses dentaires acryliques qu'il fournit à une personne admissible, seule ou appartenant à une famille admissible, à un programme d'aide de dernier recours prévu au chapitre II de la Loi sur la sécurité du revenu, et qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré conformément à l'article 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie ou qui est visée par un tel carnet;

2. Le denturologiste s'engage à :

- a) s'assurer que la personne à qui il fournit le service ou le bien est détentriche d'un carnet de réclamation en vigueur délivré conformément à l'article 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie ou est visée par un tel carnet;
- b) s'assurer que, dans les cas d'achat, de remplacement ou de regarnissage d'une prothèse dentaire acrylique, la personne à qui il fournit le bien ou le service est détentriche d'une autorisation dûment signée et préalablement émise par un Centre Travail-Québec ou est visée par une telle autorisation, conserver cette autorisation au dossier de la personne et en respecter les conditions;

- # c) n'exiger ni recevoir de quiconque une autre rémunération que celle qui lui est payable par la Régie en vertu de l'article 29 du Règlement sur la sécurité du revenu et, dans la cas d'un remplacement d'une prothèse dentaire acrylique dû à une perte ou un bris irréparable, celle qu'il peut exiger du prestataire en vertu de l'article 1 de l'Accord complémentaire à l'Accord concernant l'administration, l'application et le paiement du coût des prothèses dentaires acryliques fournies par un denturologiste à un prestataire de la sécurité du revenu, approuvé par le décret 812-2006;
- d) transmettre à la Régie une demande de paiement dûment complétée selon la forme et la teneur prescrites par la Régie et fournir à la Régie tous les renseignements et documents qu'elle requiert et dont elle a besoin pour apprécier une demande de paiement.

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

SIGNÉ À, le jour de 20

DENTUROLOGISTES

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

..... par :

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

Règlement sur le soutien du revenu

L'article 49 du Règlement sur le soutien du revenu stipule que :

La prestation spéciale portant sur le coût d'achat ou de remplacement d'une prothèse dentaire, de lunettes, de lentilles ou sur le coût d'un déménagement pour une raison de santé ou de salubrité n'est accordée que si le prestataire bénéficie du programme depuis 6 mois consécutifs ou, dans le cas d'une prothèse dentaire, **depuis au moins 24 mois consécutifs**.

ANNEXE I du Règlement sur le soutien du revenu

Prothèse dentaire acrylique

SECTION 1.0

RÈGLES D'APPLICATION

1.1 La prestation spéciale subvient au coût d'une prothèse dentaire complète par maxillaire aux conditions suivantes :

1.1.1 selon la tarification prévue à la section 2.0;

1.1.2 une seule prothèse dentaire peut être fournie pour toute période de **huit** ans.

1.2 La prestation spéciale subvient au coût d'une prothèse dentaire partielle par maxillaire avec ou sans crochets ou appuis, aux conditions suivantes :

1.2.1 selon la tarification prévue à la section 2.0;

1.2.2 une seule prothèse dentaire peut être fournie pour toute période de **huit** ans.

1.3 La prestation spéciale subvient au coût du remplacement d'une prothèse dentaire selon la tarification prévue à la section 2.0 lorsque ce remplacement est dû à une chirurgie buccale et sur ordonnance écrite d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal.

Elle subvient au coût du remplacement dû à une perte ou un bris irréparable jusqu'à concurrence de la moitié du taux prévu.

1.4 La prestation spéciale subvient au coût d'une réparation ou d'un regarnissage selon la tarification prévue à la section 2.0.

Elle ne subvient au coût du regarnissage qu'une fois par période de cinq ans, après un délai de trois mois de l'obtention d'une prothèse dentaire.

1.5 La prestation spéciale subvient au coût de l'ajout de structure à une prothèse partielle selon la tarification prévue à la section 2.0.

SECTION 2.0**TARIFICATION**

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

Voir l'onglet TARIF.

- 2.1** Prothèse dentaire complète
- 2.2** Prothèse dentaire partielle
- 2.3** Regarnissage et réparation
- 2.4** Abandon du traitement par le prestataire

2. PRESTATAIRES

(Programmes d'aide financière de dernier recours)

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

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

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

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

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

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

Si non présent, remplir une demande de paiement.

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

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

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1700)

3.0 AVANT-PROPOS

- # Sur demande, la Régie fait parvenir à tous les denturologistes une provision de demandes de paiement. Le denturologiste peut en commander un nouvel approvisionnement à la Régie, au besoin, en utilisant le formulaire « COMMANDE DE FORMULAIRES » (n° 1491).

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

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

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n° 1700)

La demande de paiement comporte neuf sections.

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

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

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

3.2.1 Identité du prestataire

La section réservée à l'identité du prestataire est conçue pour recevoir, outre l'adresse du prestataire, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie. Comme il est possible que le numéro d'assurance maladie du carnet de réclamation ne corresponde pas à celui figurant sur sa carte d'assurance maladie, **toujours utiliser le numéro d'assurance maladie inscrit sur le carnet de réclamation.**

Elle comporte les cases suivantes :

- le numéro d'assurance maladie du prestataire qui reçoit le service;
 - le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
 - nom de l'époux (cette donnée est facultative);
 - le numéro séquentiel de la carte;
 - la date d'expiration de la carte;
 - la date de naissance et le sexe du prestataire;
- # - l'adresse devant comporter le numéro civique, le nom de la rue (ou de la route rurale, ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.2 Identité du denturologiste

L'identité du denturologiste comporte les éléments suivants :

- INIT : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU DENTUROLOGISTE : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**).

L'identification du denturologiste ne doit comporter aucune erreur.

3.2.3 Demande de prothèses dentaires acryliques

Numéro et date de l'autorisation

- # Dans le cas de confection initiale ou de regarnissage d'une prothèse dentaire acrylique, vous devez inscrire dans la case appropriée le **numéro et la date de l'autorisation** de la « Demande de prothèses dentaires acryliques » émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Dans le cas de remplacement à l'intérieur de la période de huit ans, vous devez joindre une copie de la « Demande de prothèses dentaires acryliques ».

L'original, dûment signé, doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.3.1 Formulaire « Demande de prothèses dentaires acryliques »

3.2.3.1 Formulaire « Demande de prothèses dentaires acryliques » - suite

Verso du formulaire

3.2.4 Renseignements complémentaires

Cette section sert à inscrire tout renseignement jugé nécessaire ou utile à l'appréciation de la demande de paiement. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire « Document Complémentaire » (n° 1944) et l'annexer à la demande de paiement.

Remarque : Dans tous les cas où des renseignements additionnels sont fournis, soit dans la section « Renseignements complémentaires » ou sur le formulaire « Document Complémentaire », **une lettre doit être inscrite dans la case C.S.** Voir le point 3.2.6 CONSIDÉRATION SPÉCIALE, pour connaître la lettre appropriée.

3.2.5 Date et facturation des services

Les services pour lesquels le denturologiste demande paiement figurent dans cette section. Dans cet exemple, le supplément d'asepsie a été facturé puisque le service 51100 a été effectué lors d'une mise en bouche.

3.2.5.1 La date du ou des services fournis

- Inscrire la date (année, mois, jour) de **la mise en bouche de la prothèse dentaire acrylique** (confection, regarnissage ou réparation).
- Inscrire la date (A.M.J.) **de la prise d'empreinte** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES lorsqu'il y a confection d'une prothèse dentaire acrylique et que le prestataire d'un programme d'aide financière de dernier recours ne se présente pas pour la mise en bouche.

L'une ou l'autre de ces dates doit être incluse dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.

3.2.5.2 Facturation des services fournis

Les services fournis doivent être indiqués comme suit :

- les honoraires doivent être inscrits sous le titre « Montant » vis-à-vis le code d'acte correspondant; lorsqu'il s'agit d'une réparation ou d'un remplacement à la suite d'une chirurgie buccale, inscrire le code d'acte approprié dans l'une des cases vierges (cases 7, 8 ou 9);
- le montant total réclamé doit être inscrit dans la case TOTAL; il est la somme des honoraires réclamés.

Remarque : Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte ni visite.

#

3.2.5.3 Services et rémunération

Le denturologiste ne peut réclamer de la Régie que les prothèses dentaires acryliques, en conformité avec la rémunération prévue à la section 5. TARIF.

3.2.6 C.S. (Considération spéciale)

Inscrire dans la case C.S. la lettre appropriée lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes est rencontrée.

LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION :

- A :** - Considération spéciale ou document afférent.
- Renseignements complémentaires fournis sur la demande de paiement ou sur le formulaire « Document Complémentaire » (n° 1944).
 - Lorsque le remplacement d'une prothèse dentaire est dû à une **chirurgie buccale** (selon l'article 5A de l'onglet « Tarif »), voir les instructions de facturation au point 3.2.6.4 du présent onglet.
 - Pour la **personne assurée qui abandonne le traitement d'une prothèse acrylique**, voici les instructions de facturation : **inscrire la lettre « A »** dans la case C.S., les honoraires demandés et les renseignements appropriés (ex. : les frais de laboratoire engagés, la prescription pour le laboratoire, une copie de votre dossier et une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale) dans la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire « Document complémentaire » (n° 1944). Lorsqu'il est utilisé, ce document doit porter un numéro de référence et être attaché par un trombone à la demande de paiement (ne jamaisagrafer). Ce formulaire est décrit à la section 3.2.6.5 de cet onglet.
- B :** - Refacturation après annulation ou refus de paiement. (voir le point 4.4.4 ou 4.5 sous l'onglet « Paiement - messages explicatifs »).
- R :** - Remplacement d'une prothèse dentaire dû à **une perte ou à un bris** (selon l'article 5B de l'onglet « Tarif »), voir les instructions de facturation au point 3.2.6.2.

3.2.6.1 **Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques**
(nouvelle(s) prothèse(s) **ou** remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)

Dans les cas suivants :

- 2 nouvelles prothèses ou remplacements de prothèses après 8 ans :

Pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants **pour les services de même nature** : (exemple ci-dessus)

51120, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
52260, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

Pour la facturation **d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle**, utiliser les codes **51100 avec 52250 ou 51110 avec 52240**.

- 1 remplacement à l'intérieur d'une période de 8 ans et 1 nouvelle prothèse :

Dans le cas où l'une des prothèses est remplacée à la suite d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51120 ou 52260 doit être utilisé**. Inscrive la lettre « **R** » dans la case C.S et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Méthode de calcul (pour un remplacement avant 8 ans et 1 nouvelle prothèse) :

Le code d'acte 51120 ou le code d'acte 52260 représente 2 prothèses.

Afin de connaître la valeur unitaire, vous devez utiliser le montant réel de l'acte divisé par 2.

Exemple: $52260 = 531,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 265,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut donc 265,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 265,50 \$ et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $265,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 132,75 \$$.

Si une prothèse est remplacée à la suite d'une perte ou d'un bris.

Valeur de la nouvelle prothèse payable à 100 %	265,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+ 132,75 \$
TOTAL du code d'acte 52260	398,25 \$

Le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif.

3.2.6.2 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable

Le remplacement d'une prothèse dentaire à l'intérieur d'une période de **huit ans** est payable à 50 % du tarif prévu.

Instructions de facturation

- **Inscrire** la lettre « **R** » dans la case C.S.
- **Préciser** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
- **Indiquer** la date de la mise en bouche de la prothèse dans la case DATE DES SERVICES.
- **Facturer** les honoraires à **50 % du tarif**.
- **Joindre** une copie de la « Demande de prothèses dentaires acryliques » émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- **L'original**, dûment signé, doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.6.3 Facturation simultanée de deux prothèses dentaires acryliques dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale

Dans les cas suivants :

- 2 remplacements de prothèses suite à une chirurgie buccale
- 1 remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et 1 nouvelle prothèse

Pour la facturation d'un remplacement de prothèse suite à une chirurgie buccale et une nouvelle prothèse ou pour la facturation de deux prothèses complètes ou partielles, utiliser les codes suivants :

51121, pour **deux prothèses complètes**, supérieure et inférieure
52261, pour **deux prothèses partielles**, supérieure et inférieure

Pour la facturation d'une prothèse complète et d'une prothèse partielle, utiliser les codes 51101 avec 52250 ou 52251, 51100 avec 52251, 51111 avec 52240 ou 52241, 51110 avec 52241.

- # - 2 remplacements de prothèses dont une fait suite à une chirurgie buccale :
 À la suite d'une chirurgie buccale et si l'une des prothèses est remplacée à cause d'un bris ou d'une perte à l'intérieur d'une période de **huit ans**, **le code 51121 ou 52261 doit être utilisé**. Inscrire les lettres « **A** » et « **R** » dans la case C.S. et joindre une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

- # **Méthode de calcul** (2 remplacements dont 1 fait suite à une chirurgie buccale) :

Le code d'acte 51121 ou le code d'acte 52261 représente 2 prothèses.

Afin de connaître la valeur unitaire, vous devez utiliser le montant réel de l'acte divisé par 2.

Exemple : $52261 = 531,00 \$ \text{ divisé par } 2 = 265,50 \$$.

Chaque prothèse (inférieure et supérieure) vaut donc 265,50 \$.

La première prothèse est payable à 100 % = 265,50 \$ et

la deuxième prothèse est payable à 50 % : $265,50 \$ \text{ divisé par } 2 = 132,75 \$$

Si une prothèse est remplacée à la suite d'une perte ou d'un bris :

Valeur de la prothèse suite à une chirurgie buccale payable à 100 %	265,50 \$
Valeur du remplacement de prothèse payable à 50 %	+132,75 \$
TOTAL du code d'acte 52261	398,25 \$

Le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif.

3.2.6.4 Remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale

Inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le nom et le numéro du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui a prescrit le remplacement de la prothèse dentaire suite à une **chirurgie buccale**.

Joindre à votre demande de paiement une copie de la « Demande de prothèses dentaires acryliques » émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ainsi qu'une copie de l'ordonnance écrite.

L'original, dûment signé, doit être conservé dans le dossier du prestataire.

3.2.6.5 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

- 1- **Nom du dispensateur de services** : initiale et nom de famille du denturologiste ayant fourni les services;
 - 2- **Numéro d'inscription du dispensateur de services** : numéro d'inscription du denturologiste;
 - 3- **Numéro du groupe** : ne s'applique pas aux denturologistes;
 - 4- **Numéro de la demande de paiement** : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées;
 - 5- **Nom du prestataire** : prénom usuel et nom de famille à la naissance;
 - 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie du prestataire;
 - 7- **Date du service** : date des services rendus;
 - 8- **Dans cette partie du formulaire** : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans le bloc RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le denturologiste.
- # **Remarque** : Ce document ne doit pas être utilisé comme demande de paiement, ou demande de révision. Il doit servir uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

3.2.7 Signature du denturologiste

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le denturologiste qui a fourni les services assurés.

Remarque : Les estampes, l'écriture en lettres moulées ainsi que les paraphes ne sont pas acceptés pour la signature.

3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du denturologiste et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes spécialement fournies à cette fin.

Toujours vous assurer que vos envois sont suffisamment affranchis et ne pas oublier d'inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Les demandes de paiement et les documents complémentaires s'y rapportant doivent être adressés à :

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

4. PAIEMENT

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

4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement se fait toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou dépôt direct émis à l'ordre du denturologiste.

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

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

4.3 ÉTAT DE COMPTE

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

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

4.3.1 Description

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

4.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

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

Sommaire

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

Messages généraux

Paiements et retenues

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

Déductions cumulatives (cotisation A.D.Q.)

Description des codes de transaction (TRA)

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

#

4.3.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 6a)

- 1a. NO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant (exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- # 2a. DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : A0516 i.e. A pour le dernier chiffre de l'année, 05 pour mai et 16 pour le quantième.
- 3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Nom tronqué de la personne assurée composé des trois premières lettres de son nom suivies de l'initiale de son prénom.
- 5a. CODE : Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.6) et à un message explicatif approprié (EXPL) (voir 4.8).
- 6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de la rectification (voir 4.4).

4.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le denturologiste est soumis (voir 4). Le denturologiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

4.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

4.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le denturologiste. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.4.2 Demande de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée d'un code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

4.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE ou Rx suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 4.6) et du code de message explicatif approprié (voir 4.8).

Le denturologiste dispensateur qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision**. Les demandes de paiement révisées paraîtront à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 21.

- # **Remarque** : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de la « Demande de prothèses dentaires acryliques »** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale **lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse(s) acrylique(s).**

4.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 4.8). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

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

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, vous contestez la décision de la Régie ou fournissez des explications additionnelles à l'appui de votre demande. Les demandes de paiement révisées paraîtront à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 21.

4.4.5 Demande de révision

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court à compter de la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

- # Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION » (voir l'onglet Manuels et Formulaire) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.
- # **Remarque** : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de la « Demande de prothèses dentaires acryliques »** émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lorsqu'il s'agit d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de **prothèse(s) dentaire(s) acrylique(s)**.

4.5 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 et du code de message explicatif approprié (voir 4.8).

Pour obtenir paiement, le denturologiste dispensateur 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 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, le cas échéant.

4.6 CODES DE TRANSACTIONS

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

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

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

4.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2010)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2010

JANVIER *19

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

FÉVRIER *20

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

MARS *23

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

AVRIL *20

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

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)						121
(19)	1	2	3	4	5	6
(20)	7	8	9	10	11	12
(21)	13	14	15	16	17	18
(22)	19	20	21	22	23	24
(23)	25	26	27	28	29	30
(24)	31					

JUIN *21

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

JUILLET *21

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

AOÛT *22

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

SEPTEMBRE *21

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

OCTOBRE *20

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

NOVEMBRE *22

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

DÉCEMBRE *19

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

7095_232_0911

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2011

JANVIER *19

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

FÉVRIER *20

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

MARS *23

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

AVRIL *19

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

MAI *21

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

JUIN *21

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

JUILLET *20

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

AOÛT *23

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

SEPTEMBRE *21

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

OCTOBRE *20

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

NOVEMBRE *22

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

DÉCEMBRE *18

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

7095_292_09/11

() - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

*NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

4.8 Codes de messages explicatifs

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 101** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, incomplets, invalides ou illisibles.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification du prestataire, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie inscrit sur la demande de paiement ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification du prestataire. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification du prestataire, telle que fournie.
Veuillez vérifier et, conformément à la section 3.2.1 : Identité du prestataire sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification du prestataire sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification du prestataire est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Le numéro d'assurance maladie est absent et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services et, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.
- 115** L'identification du prestataire, telle que fournie, ne correspond pas à celle figurant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas admissible à un programme d'aide financière de dernier recours à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 123** La personne identifiée sur une demande de paiement ou de remboursement ne figure pas à nos fichiers.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèse dentaire reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide financière de dernier recours, n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** La carte d'assurance maladie de la personne assurée est annulée à la date de service selon l'information disponible à la RAMQ.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou à une perte, ces services doivent être facturés sous le code d'acte 51120 ou 52260, et le total des honoraires payables doit correspondre à 75 % du tarif. Voir l'onglet « Rédaction de la demande de paiement, point 3.2.6.1 » pour les instructions de facturation simultanée de deux prothèses, et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 198** Selon leur libellé, les codes d'acte 51120, 51121, 52260 ou 52261 doivent être utilisés lorsqu'un service a été rendu pour les deux maxillaires à la même séance ou à l'intérieur de 30 jours. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 199** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé car les informations apparaissant dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire «Demande de prothèses dentaires acryliques» sont incompatibles avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 200** Les services pour lesquels vous demandez paiement ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 202** Selon les renseignements dont nous disposons, vous n'étiez pas admissible à recevoir paiement de la Régie à la date des services puisque vous n'avez pas signé l'accord prescrit à cette fin. Veuillez soumettre votre demande au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- 311** La date de naissance du prestataire est postérieure à la date des services rendus.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit comporter les renseignements suivants :
- La lettre « **B** » doit être inscrite dans la case C.S.
 - Le numéro d'identification de la demande de paiement initiale refusée ainsi que la date de l'état de compte sur lequel elle figurait doivent être inscrits dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Voir les sections 4.4.4 et 4.5 sous l'onglet « Paiement - Messages explicatifs ».

- 320** La date des services facturés sur cette demande de paiement est impossible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** La date des services facturés sur cette demande de paiement est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés sur cette demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 323** Paiement refusé en raison du non respect du délai entre la date d'autorisation de la « Demande de prothèses dentaires acryliques » émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et la date des services.
- 324** La date d'autorisation de la « Demande de prothèses dentaires acryliques » est absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'accord.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'accord.
- 333** Les honoraires de l'acte sont non payables. Vous devez vous conformer à l'avis relié au code d'acte facturé.
- 355** En fonction du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé, une seule prothèse est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- # 360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la section « Tarif » de votre manuel.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la section « Tarif » de votre manuel à la date des services.
- 370** L'âge du prestataire est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence, déjà réclamé par un autre professionnel.
- 401** L'acte pour lequel vous demandez paiement est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404** L'acte pour lequel vous demandez paiement n'est pas assuré pour ce prestataire.

- 406** L'acte pour lequel vous demandez paiement est assuré pour un prestataire d'un programme d'aide financière de dernier recours, seulement.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 414** L'acte pour lequel vous demandez paiement a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** L'acte ou les actes pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe de la demande de paiement en référence.
- 419** Selon la règle 1 du tarif, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- # 431** Le prestataire est un revendicateur du statut de réfugié dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise ». La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services. Les services peuvent être réclamés par le biais du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), s'il y a lieu.
- 433** Le service pour lequel vous demandez paiement ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 486** Selon la règle 1 du tarif, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** En raison de son libellé, la réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée.
- 617** Conformément au maximum prévu au tarif.
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés dans le cas de remplacement d'une prothèse dentaire acrylique à la suite d'une chirurgie buccale.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 654** Conformément à la règle 5 du tarif, vous devez nous indiquer la raison qui motive le remplacement de prothèse. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu. Voir la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

- 677** Lors du remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans pour les cas de perte ou de bris irréparable, l'aide permise est alors égale à la moitié du taux prévu.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du dispensateur a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement mutilée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de pratique.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 912** Le numéro d'autorisation et la date de cette autorisation doivent être inscrits dans les cases prévues à cette fin lors de la facturation d'un service de confection, de remplacement ou de regarnissage de prothèse dentaire acrylique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 936** Les services facturés ne sont pas assurés en vertu du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles.
- 940** Le numéro d'inscription du dispensateur à la Régie, qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné (voir la section relative à l'identité du denturologiste, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

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

5. TARIF

PROTHÈSE DENTAIRE ACRYLIQUE

1. La prothèse est rémunérée lorsqu'elle est mise en bouche.

AVIS : *La date des services correspond à la date de la **mise en bouche** de la prothèse dentaire par le denturologiste. Cette date doit être comprise dans la période de validité inscrite sur le carnet de réclamation du prestataire.*

2. Une prothèse dentaire complète par maxillaire est rémunérée par période de **huit ans**.

3. Une prothèse dentaire partielle par maxillaire avec ou sans crochets ou appuis est rémunérée par période de **huit ans**.

4. Le coût du regarnissage n'est autorisé qu'une fois par période de cinq ans, après un délai de trois mois de l'obtention d'une prothèse dentaire.

5A Le coût du remplacement d'une prothèse dentaire à l'intérieur d'une période de **huit ans** est autorisé à 100 % **du tarif prévu** par le règlement lorsque le remplacement est dû à une **chirurgie buccale** et sur ordonnance écrite d'un chirurgien dentiste ou d'un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

AVIS : *Voir section 3.2.6.4 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

5B Le remplacement d'une prothèse dentaire complète ou partielle est permis en tout temps en cas de **perte** ou de **bris** irréparable jusqu'à concurrence de la **moitié du tarif prévu**.

AVIS : *Voir section 3.2.6.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

6. La confection d'une prothèse dentaire complète ou partielle, son remplacement et le regarnissage sont rémunérés sur présentation par le prestataire au denturologiste d'une autorisation (« Demande de prothèses dentaires acryliques ») émise à cette fin par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Le paiement de ces services nécessite une présence de 24 mois consécutifs à l'aide.

7. L'autorisation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale n'est pas requise dans le cas d'un bris réparable, d'une réparation mineure et de l'ajout de structure à une prothèse partielle. La présentation du carnet de réclamation valide permet d'obtenir ces services.

8. Les délais et périodes prévus ci-dessus se calculent à compter du dernier service reçu par le prestataire.

AVIS : *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

9. Les tarifs mentionnés à la présente section comprennent trois visites de contrôle lorsqu'elles sont nécessaires.

PROTHÈSE DENTAIRE ACRYLIQUE

#AVIS : *Ce supplément est payable seulement une fois, soit lors de la mise en bouche d'une prothèse dentaire à une personne assurée.*

+94541 Supplément pour l'asepsie 5,50

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

A) CONFECTION

AVIS : *Référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour les instructions de facturation:*

Facturation simultanée de deux prothèses (section 3.2.6.1) et Remplacement d'une prothèse suite à une perte ou à un bris (section 3.2.6.2)

Complète

+51100	supérieure.	633,00
+51110	inférieure.	816,00
+51120	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

+52240	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52250	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52260	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	531,00

B) REMPLACEMENT (suite à une chirurgie)

AVIS : *Référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour les instructions de facturation:*

*Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale (section 3.2.6.3)
Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale (section 3.2.6.4).*

Complète

+51101	supérieure.	633,00
+51111	inférieure.	816,00
+51121	supérieure et inférieure	1 120,00

Partielle

+52241	supérieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52251	inférieure avec ou sans crochets ou appuis	289,00
+52261	supérieure et inférieure avec ou sans crochets ou appuis	531,00

C) REGARNISSAGE OU RÉPARATION

+56100	Regarnissage supérieur (après trois mois)	194,00
+56101	Regarnissage inférieur (après trois mois)	194,00

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

+55101	Réparation sans empreinte (supérieure)	49,00
+55102	Réparation sans empreinte (inférieure)	49,00

+55201	Réparation avec empreinte (supérieure)	105,25
+55202	Réparation avec empreinte (inférieure)	105,25

AVIS : *La réparation de prothèse est payable par prothèse réparée, par maxillaire et non par dent réparée (codes 55101 - 55102 - 55201 - 55202).
L'autorisation du ministère n'est pas requise.*

+55520	Ajout de structure à une prothèse partielle maxillaire supérieur	105,25
+55530	maxillaire inférieur	105,25

AVIS : *L'autorisation du ministère n'est pas requise.*

ABANDON DU TRAITEMENT PAR LE PRESTATAIRE

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

Complète

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

Partielle

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

6. MANUELS ET FORMULAIRES

6.1 MANUELS

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

COMMANDE

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

MANUELS DANS INTERNET

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

6.2 FORMULAIRES

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

COMMANDE

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

FORMULAIRES DANS INTERNET

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

6.3 LISTE DES FORMULAIRES

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