

LES PRESTATAIRES DEPUIS AU MOINS VINGT-QUATRE MOIS CONSÉCUTIFS

En plus des autres services, la couverture comprend, tous les huit ans, une prothèse inférieure et une prothèse supérieure en **acrylique**. La Régie paie aussi :

- un regarnissage aux cinq ans;
- la moitié des coûts de remplacement des prothèses perdues ou endommagées;
- le remplacement des prothèses à la suite d'une chirurgie.

Pour avoir droit à la couverture des services précédents, il faut obtenir l'autorisation écrite d'un centre local d'emploi et la présenter au dentiste ou au denturologiste.

Ces services sont aussi fournis sans frais :

- la réparation des prothèses;
- l'ajout de structure.

EXEMPLES DE SERVICES EXCLUS DE LA COUVERTURE

Restent aux frais du patient, peu importe son âge, sa situation et le lieu de prestation :

- l'orthodontie;
- l'apectomie;
- la parodontie, soit les traitements et les greffes des gencives;
- les couronnes autres que préfabriquées;
- le blanchiment;
- les facettes;
- les implants dentaires.

POUR PLUS D'INFORMATION

Nous vous invitons à consulter notre site Internet.

www.ramq.gouv.qc.ca

Vous pouvez aussi obtenir des renseignements par téléphone.

À Québec

418 646-4636

À Montréal

514 864-3411

Ailleurs au Québec

1 800 561-9749

Par ATS

(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)

418 682-3939 (à Québec)

1 800 361-3939 (ailleurs au Québec)

Pour nous écrire

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Nos heures d'ouverture

Lundi, mardi, jeudi

et vendredi : de 8 h 30 à 16 h 30

Mercredi : de 10 h à 16 h 30

En dehors des heures d'ouverture, les numéros de téléphone vous donnent accès à un système automatisé de renseignements.

Direction des communications
Juillet 2012

English version available on request.

Régie de
l'assurance maladie

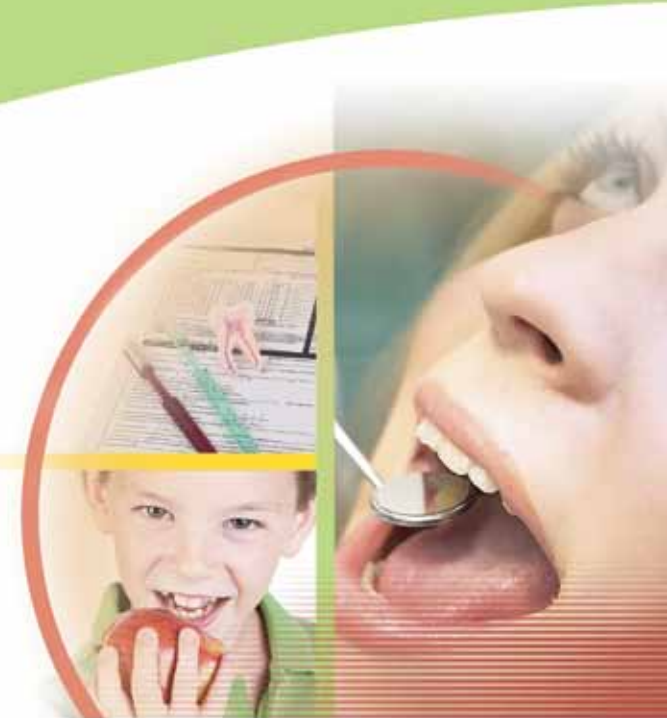
Québec



100 %

K-0503-0

La couverture des services dentaires



Québec

Certains services que rendent les dentistes et les denturologistes sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Des services sont couverts pour tous. D'autres le sont uniquement pour les enfants de moins de 10 ans et les prestataires d'une aide financière de dernier recours depuis une période déterminée.

Pour tous

En milieu hospitalier, la personne qui présente sa carte d'assurance maladie a droit à certains services de chirurgie buccale, en cas de traumatisme ou de maladie. Ils sont fournis sans frais.

Il s'agit, par exemple :

- de certaines greffes osseuses;
- du drainage d'un abcès;
- de l'ablation d'un kyste ou d'une tumeur;
- de la réduction d'une fracture.

Les examens, l'anesthésie locale ou générale et les radiographies qui y sont liés sont également couverts.

EXCLUSION

Les coûts relatifs à l'extraction de dents et de racines ne sont pas assumés par la Régie.

Pour les enfants de moins de 10 ans

Sur présentation de leur carte d'assurance maladie, ils reçoivent gratuitement les services ci-après, certains en clinique dentaire, d'autres en milieu hospitalier, d'autres encore aux deux endroits :

- un examen par année;
- les examens d'urgence;
- les radiographies (incluant la radiographie panoramique);
- l'anesthésie locale ou générale;
- les obturations en amalgame (gris) pour les dents postérieures;
- les obturations en matériau esthétique (blanc) pour les dents antérieures;
- les couronnes préfabriquées;
- les pansements sédatifs, soit des obturations provisoires visant à réduire la douleur;
- l'endodontie, soit les traitements du canal de la dent;
- l'extraction de dents et de racines;
- les services de chirurgie buccale offerts à tous.

EXCLUSIONS

Les coûts d'un nettoyage, d'un détartrage, d'une application de fluorure et d'un scellement de puits et de fissures ne sont pas assumés par la Régie pour les enfants de moins de 10 ans.

Pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes à leur charge

Ils bénéficient des services couverts en présentant leur carte d'assurance maladie et leur carnet de réclamation personnel ou familial, selon le cas.

C'est le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale qui détermine les conditions donnant droit aux services couverts. Pour toute information sur le sujet, il faut se référer à son centre local d'emploi.

LES PRESTATAIRES DEPUIS AU MOINS DOUZE MOIS CONSÉCUTIFS

Eux-mêmes et les personnes à leur charge ont droit, en clinique dentaire ou en milieu hospitalier, aux mêmes services que les enfants de moins de 10 ans. Seules exceptions, le traitement de canal et l'apexification, qui sont, dans ce cas, couverts uniquement pour les enfants de moins de 13 ans.

S'ajoutent aux services couverts :

- les nettoyages et l'enseignement des mesures d'hygiène, à partir de 12 ans;
- l'application de fluorure, de 12 à 15 ans inclusivement;
- le détartrage, à partir de 16 ans.

En cas d'urgence seulement, certains services peuvent être rendus gratuitement aux prestataires d'une aide financière de dernier recours depuis moins de douze mois.

ASSUREZ-VOUS QUE :

- ✓ le dentiste accepte la carte d'assurance maladie. En effet, certains ne participent pas au régime d'assurance maladie. Les services présentés ici demeurent, dans ce cas, aux frais du patient et ne peuvent être remboursés par la Régie.
- ✓ la carte d'assurance maladie est valide. Autrement, il faudra payer le dentiste, puis demander un remboursement à la Régie.

L'information contenue dans ce document n'a pas force de loi et ne s'applique pas à tous les cas particuliers.

Pour une information plus détaillée, consultez notre site.

www.ramq.gouv.qc.ca