



**MANUEL
DES DENTISTES
(n° 200)**

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

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Service de l'information aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN-13 : 978-2-550-48311-3

ISBN-10 : 2-550-48311-1

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



MANUEL DES DENTISTES

MISE À JOUR 38
NOVEMBRE 2006

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

INTRODUCTION

- Révision de l'ensemble du texte

Page : [1](#)

TABLE DES MATIÈRES

Pages : [1](#) à 4

ENTENTE

- Modification annexe VII et ajout annexe XI (Amendement no 2)

Pages : [74](#) et [88](#)

- Modifications administratives

Page : [49](#)

LETTRES D'ENTENTE

- Lettre no 7 abrogée et ajout de la lettre no 9 (Amendement no 2)

Pages : [6](#) et [7](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications administratives

Pages : [16](#) à 23 et [25](#) à 29

- Ajout de la lettre « Q »

Pages : [15](#) et [24](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Page : [6](#)

- Ajout et modification de messages explicatifs

Pages : [12](#), [13](#), [18](#), [19](#), [21](#), [22](#)

PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Page : [6](#)

- Modification de messages explicatifs

Pages : [12](#), [15](#), [16](#), [18](#), [20](#) et [21](#)

PAIEMENT À TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Page : [6](#)

- Modification des messages explicatifs 104 et 353, ajout du message 105

Pages : [11](#), [13](#)

MESURES INCITATIVES

- Correction de localités

Pages : [12](#) et [13](#)

PAIEMENT MESURES INCITATIVES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Pages : [2](#), [4](#) et [6](#)

- Ajout des messages explicatifs 227 et 370

Page : [16](#)

RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

- Ajout d'avis

Pages : [6](#), [9](#)

- Nouveaux tarifs

Pages : [9](#) et [10](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modifications administratives

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

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 036/2006-06-22, 053/2006-08-24 et 075/2006-10-20.

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.**

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN-13 : 978-2-250-48311-3
ISBN-10 : 2-550-48310-3

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 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les dentistes sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie. À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement. Les **renseignements d'ordre administratif sont** précédés du mot **AVIS**.

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la «Gazette officielle» et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement ou une entente.

La Régie remet à chaque nouveau dentiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de paiement qui est, par la suite renouvelable sur commande (*voir les critères définis sous l'onglet « Manuels et formulaires »*).

Lorsqu'un texte de ce manuel est amendé ou 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 dentistes et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel, et de ses 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 où des préposés aux renseignements les informent sur leur entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

#

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 Internet :

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

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

- à Québec : 418 528-7763
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone ou télécopieur :

- Québec 418 643-8210 ou Télécopieur : 418 646-9251
- Montréal 514 873-3480 ou Télécopieur : 514 873-5951
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'information aux professionnels
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.
- Note :** Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.
- 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>
INTRODUCTION.....	1
ENTENTE CADRE.....	1
# ENTENTE	1
CHAPITRE I Définitions et champ d'application	2
CHAPITRE II Sécurité syndicale.....	3
CHAPITRE III Activités professionnelles.....	5
CHAPITRE IV Conditions d'exercice et de rémunération en établissement.....	7
CHAPITRE V Mode de participation au régime et conditions relatives à la rémunération....	15
CHAPITRE VI Assurances.....	19
CHAPITRE VII Différend et arbitrage	20
CHAPITRE VIII Comité paritaire	23
CHAPITRE IX Comité spécial.....	24
CHAPITRE X Modifications à l'entente.....	24
CHAPITRE XI Consultations.....	25
CHAPITRE XII Annexes et intégration à l'entente.....	25
CHAPITRE XIII Renouvellement.....	25
CHAPITRE XIV Entrée en vigueur et durée.....	26
ANNEXE I Liste des articles et paragraphes qui lient tout établissement.....	27
ANNEXE II Taux de rémunération à honoraires fixes et taux du tarif horaire	28

TABLE DES MATIÈRES**Dentistes**

	<i>Page</i>
ANNEXE III	
Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation	30
ANNEXE IV	
Formule de différend	31
ANNEXE V	
Avantages sociaux	32
ANNEXE VI	
Règles d'application du tarif	74
ANNEXE VII	
Conditions d'application du tarif	74
ANNEXE VIII	
Mesures incitatives pour favoriser la répartition des dentistes	75
DÉSIGNATION DES TERRITOIRES AUX FINS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE L'ANNEXE VIII DE L'ENTENTE MSSS - ACDQ	83
ANNEXE IX	
Concernant le versement de divers montants forfaitaires.....	84
ANNEXE X	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte.....	87
ANNEXE XI	
Montants forfaitaires compensatoires payables aux dentistes rémunérés à l'acte.....	88
LETTRES D'ENTENTE	
Lettres d'entente n ^{os} 1 et 2	1
Lettre d'entente n ^o 3.....	2
Lettre d'entente n ^o 4.....	3
Lettres d'entente n ^{os} 5 et 6	4
# Lettre d'entente n ^o 7 (<i>Abrogée Amendement No 2</i>).....	5
Lettre d'entente n ^o 8.....	5
# Lettre d'entente n ^o 9.....	6
ENTENTES PARTICULIÈRES	
Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord.....	1
Annexe à l'entente particulière.....	6
ACCORDS	
Accord n ^o 1	1
Accord n ^o 3	2
Accord n ^o 5	3
Accord n ^o 7	4
Accord n ^o 8	5
Accord n ^o 9	6

	<i>Page</i>
2. PERSONNES ASSURÉES	1
2.0 AVANT-PROPOS	1
2.1 PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DENTAIRES DONT L'ÂGE EST FIXÉ PAR RÈGLEMENT ET PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES AUX SERVICES DE CHIRURGIE BUCCALE	1
2.1.1 Carte d'assurance maladie	1
2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	1
2.1.3 Modèles de carte	2
2.1.4 Vérification de la carte (Validité)	4
2.2 PRESTATAIRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE EMPLOI	6
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE (<i>n° 1670</i>) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>n° 2076</i>)	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>Formulaire n° 1670</i>)	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU DENTISTE ET DU DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE	2
3.2.1 Identité de la personne assurée	2
3.2.1.1 Personnes assurées admissibles aux services dentaires, dont l'âge est fixé par règlement, ainsi que les personnes assurées admissi- bles aux services de chirurgie buccale	2
3.2.1.2 Prestataires du programme d'assistance emploi	3
3.2.2 Identité des professionnels	5
3.2.2.1 Dentiste traitant	5
3.2.2.2 Professionnel ayant demandé la consultation	6
3.2.3 Diagnostic principal et renseignements complémentaires et considéra- tion spéciale	7
3.2.3.1 Diagnostic principal	7
3.2.3.2 Renseignements complémentaires	7
3.2.3.3 Considération spéciale	8
3.2.4 Services	9
3.2.4.1 Date des services	9
3.2.4.2 Inscription des services	9
3.2.4.3 Facturation simultanée de deux prothèses (Nouvelle(s) prothèse(s) ou remplacement(s) suite à une perte ou à un bris)	11
3.2.4.4 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une perte ou d'un bris irréparable	12
3.2.4.5 Facturation simultanée de deux prothèses dont une ou les deux font suite à une chirurgie buccale	13
3.2.4.6 Remplacement d'une prothèse à la suite d'une chirurgie buccale ...	14
# 3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement	15
# 3.2.4.8 Document complémentaire (<i>Formulaire n° 1944</i>)	16
3.2.5 Identification de l'établissement où les services ont été rendus	17
3.2.6 Signature du dentiste ou de son mandataire	18

TABLE DES MATIÈRES**Dentistes**

	<i>Page</i>
3.3 EXPÉDITION	18
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>Formulaire n° 2076</i>)	19
3.5 ANNEXES	20
ANNEXE I Liste des rôles	20
ANNEXE II Liste des modificateurs	21
ANNEXE III Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	23
ANNEXE IV # Formulaire « Demande de prothèses dentaires acryliques »	25
ANNEXE V Numéro d'établissement	27
ANNEXE VI Numérotation des dents	28
ANNEXE VII Liste des cliniques privées d'anesthésie générale	29
4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES	1
DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (<i>Formulaire n° 1216</i>)	1
4.0 AVANT-PROPOS	1
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>Formulaire n° 1216</i>)	2
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
4.3 EXPÉDITION	16
4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS	17
4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE	17
4.6 SECTEURS DE DISPENSATION	19
4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS	20
4.8 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (<i>Annexe V de l'Entente</i>)	21
4.8.1 Description du bilan des avantages sociaux (<i>9 parties</i>)	22
4.9 ÉTAT DE LA FACTURATION (<i>Avantages sociaux, Annexe V de l'Entente</i>) ..	23
4.9.1 Description de l'état de la facturation (<i>Parties 1 à 12</i>)	24
4.10 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (<i>Formulaire n° 1988</i>)	29
4.10.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement	30

3.00 CONGÉS FÉRIÉS

3.01 Le dentiste a droit à treize (13) jours de congés fériés par année, du 1er mai au 30 avril.

Sous réserve du paragraphe 3.02, ces congés sont les suivants : la Fête de Dollard, la Fête nationale, la Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint et le Lundi de Pâques.

AVIS : - Utiliser le code de congé 40.
- Voir le tableau des congés fériés, sous l'onglet « RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ».

Ce tableau sera utilisé pour déterminer, entre autres, les droits du dentiste en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (art. 4.13, annexe V de l'Entente). Il sera utilisé aussi pour l'application de l'article 3.04 de l'annexe V de l'Entente.

Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans ce tableau, vous devez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement devront alors faire parvenir à la Régie, avant le 1^{er} mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration.

L'information doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de la révision (Q011)
C.P. 15000
Québec (Québec) G1K 9H9

En plus des congés fériés prévus au présent paragraphe, les dentistes exerçant dans les seuls établissements à vocation psychiatrique reconnus ou dans un établissement visé à l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord ont droit à cinq (5) jours ouvrables additionnels de congé.

AVIS : Utiliser le code de congé 41.

Les congés prévus à l'alinéa précédent sont calculés au prorata des mois ouvrés.

3.02 Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement à moins d'accord contraire entre le dentiste et le chef du département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef. Les congés additionnels prévus au paragraphe 3.01, troisième alinéa, sont pris après accord entre le chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef, et le dentiste concerné.

Toute modification aux dates des congés fériés ne peut, même si les périodes de référence ne sont pas les mêmes pour le personnel professionnel et pour le dentiste, donner à ce dernier le droit à plus de treize (13) congés fériés par période de référence.

3.03 À l'occasion de la prise d'un congé férié, le dentiste est rémunéré à raison d'un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24. Il est rémunéré de la même façon pour les autres jours de congés prévus au paragraphe 3.01, troisième alinéa.

3.04 Lorsque le dentiste est tenu d'exercer ses fonctions l'un de ces jours fériés ou lorsqu'il s'agit d'un dentiste dont l'horaire régulier d'activités professionnelles ne coïncide pas avec la date d'un congé férié, son congé lui est accordé, à la date convenue entre le chef du département ou du service dentaire ou la personne qui remplace ledit chef, et le dentiste concerné, dans la mesure où cette date se situe dans les quatre (4) semaines qui précèdent ou suivent le jour de congé férié et dans la mesure où ce report se situe dans la période du 1^{er} mai au 30 avril au cours de laquelle ce congé est prévu.

Dans l'éventualité où le congé férié ne peut lui être accordé dans les délais ci-haut prévus, le dentiste est rémunéré pour chaque jour de congé férié non chômé à raison d'un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

3.05 Lorsque l'un de ces congés fériés survient pendant une invalidité n'excédant pas douze (12) mois, à l'exception des accidents du travail ou maladie professionnelle, le dentiste ne perd pas ce congé férié.

En ce cas, la Régie verse au dentiste la différence entre la prestation de l'assurance invalidité et la rémunération qu'il recevrait selon le paragraphe 3.03.

AVIS : *En période d'invalidité, utiliser le code de congé 42 pour la facturation des congés fériés.*

3.06 Le présent paragraphe s'applique avec l'accord du chef du département ou du service dentaire ou de la personne qui remplace ledit chef.

Lorsqu'un dentiste visé au troisième alinéa du paragraphe 3.01 a en réserve en date du 30 juin 1989, vingt (20) jours ou moins de congés fériés ou de congés additionnels accumulés aux termes des dispositions de l'annexe V applicables antérieurement au 1^{er} mai 1989, ces congés fériés et ces congés additionnels lui sont payés rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1^{er} janvier 1989. Si le dentiste a bénéficié de ces congés fériés et de ces congés additionnels, le paiement est ajusté selon la même formule.

Si le dentiste visé à l'alinéa précédent a en réserve au 30 juin 1989, plus de vingt (20) jours de congés fériés ou de congés additionnels accumulés, les congés fériés et les congés additionnels en surplus des vingt (20) premiers constituent une réserve que le dentiste doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1^{er} juillet 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de congés fériés et de ces jours de congés additionnels, le dentiste est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 ½) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de congé férié ou pour chaque jour de congé additionnel ainsi pris.

Toutefois, lorsqu'un dentiste non visé au paragraphe 3.01 troisième alinéa a en réserve en date du 30 juin 1989, quinze (15) jours ou moins de congés fériés accumulés aux termes des dispositions de l'annexe V applicables antérieurement au 1^{er} mai 1989, ces congés fériés lui sont payés rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1^{er} janvier 1989. Si le dentiste a bénéficié de ces congés fériés, le paiement est ajusté selon la même formule.

Aux fins du régime de retraite (R.R.E.G.O.P.), les droits reconnus seront ceux qui auraient eu cours si le dentiste n'avait jamais adhéré au régime de congé à traitement différé.

Ainsi, si le congé a été pris, les cotisations versées au cours de ce congé sont utilisées pour compenser les cotisations manquantes des années d'exercice en vue de restaurer les écarts de pension alors perdus; le dentiste pourra cependant racheter la période de service perdue selon les mêmes conditions que celles relatives au congé sans traitement prévu à la loi sur le RREGOP.

Par ailleurs, si le congé n'a pas été pris, les cotisations manquantes pour reconnaître la totalité des années d'exercice sont prélevées à même le remboursement des contributions retenues sur le traitement.

m) Bris de contrat pour raison de décès

Advenant le décès du dentiste pendant la durée du régime, le contrat prend fin à la date du décès et les dispositions suivantes s'appliquent :

- si le dentiste a déjà pris son congé, les contributions retenues sur le traitement ne seront pas exigibles et une (1) année de service aux fins de participation au régime de retraite sera reconnue pour chaque année de participation au régime de congé à traitement différé;
- si le dentiste n'a pas déjà pris son congé, les contributions retenues sur le traitement seront remboursées sans intérêt et sans être sujettes à cotisation aux fins du régime de retraite.

n) Changement à l'avis de service

Le dentiste qui modifie sa qualité de plein temps de vingt-sept (27) heures et plus à celle de plein temps de moins de vingt-sept (27) heures ou à celle de demi-temps et inversement durant sa participation au régime de congé à traitement différé pourra se prévaloir de l'un des deux choix suivants:

1. Il pourra mettre un terme à son contrat et ce, aux conditions prévues à l'alinéa l) du présent paragraphe;
2. Il pourra continuer sa participation au régime sur la base des conditions établies en début de régime en vertu du paragraphe 10.06.

Toutefois, le dentiste modifiant sa qualité de demi-temps ou de plein temps à moins de vingt-sept (27) heures à celle de plein temps à vingt-sept (27) heures et plus ne pourra prendre son congé qu'à la dernière année du régime.

o) Régime d'assurance

Durant le congé, le dentiste continue de bénéficier du régime de base d'assurance vie sans frais. Les régimes complémentaires d'assurance sont maintenus pourvu qu'il en assume la totalité du coût conformément au paragraphe 6.21 de la présente annexe.

Durant le régime, le traitement assurable est celui versé au dentiste tel que déterminé selon les dispositions de l'alinéa b) du paragraphe 10.06. Cependant, le dentiste peut maintenir le traitement assurable sur la base du traitement qui lui serait versé s'il ne participait pas au régime en payant l'excédent des primes applicables.

ANNEXE VI**RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF**

AVIS : Voir l'onglet « Règles d'application du tarif ».

+

ANNEXE VII**CONDITIONS D'APPLICATION DU TARIF**

Un dentiste est rémunéré selon les tarifs convenus en autant que son revenu brut en provenance du régime soit inférieur au plafond de 59 340 \$ pour chaque trimestre à compter du 1^{er} septembre 2006, et ce, jusqu'au renouvellement de l'entente.

Toutefois, un nouveau plafond trimestriel temporaire de 74 175 \$ est effectif à compter du 1^{er} septembre 2006, et ce, conformément aux modalités prévues aux articles 6 et 7 de la lettre d'entente no 9.

Afin d'établir le revenu d'un trimestre, ne sont pas comptés dans le revenu brut trimestriel du dentiste:

1. Les frais compensatoires pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale;
2. Le montant forfaitaire que reçoit un pédodontiste en vertu de la règle 1.10.

Dès que le revenu brut d'un dentiste pour l'ensemble des services fournis à l'exception des points 1 et 2 dans un trimestre donné atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services dentaires fournis jusqu'à la fin de ce trimestre sont réduits automatiquement de 66 2/3 %.

ANNEXE X**MONTANTS FORFAITAIRES COMPENSATOIRES PAYABLES
AUX DENTISTES RÉMUNÉRÉS À L'ACTE**

Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 août 2005, le dentiste reçoit des montants forfaitaires pour les services rendus visés à l'article 34.00 concernant l'intégration à l'entente des tarifs qui sont convenus entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec relativement à la chirurgie.

A) Versement de septembre 2005

Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005, le montant forfaitaire est égal à 2,0 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.

B) Versement au plus tard le 1^{er} mars 2006

Pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 août 2005, le montant forfaitaire est égal à 2,0 % des honoraires gagnés pendant la période pour ces services.

Le paiement de la Régie au dentiste doit être accompagné d'un relevé indiquant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire selon les services visés qui ont été rendus au cours de la période.

La Régie doit également fournir aux parties, au plus tard 30 jours après le versement des forfaitaires, un fichier contenant le détail du calcul des forfaitaires payables à chaque dentiste, conformément aux modalités décrites.

Si le dentiste est décédé, les forfaitaires sont payables à sa succession ou à ses ayants droit. La Régie doit informer les parties de tout paiement qui lui est retourné pour quelque raison que ce soit.

Les montants forfaitaires prévus à la présente annexe ne sont pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

+

ANNEXE XI**MONTANTS FORFAITAIRES COMPENSATOIRES PAYABLES
AUX DENTISTES RÉMUNÉRÉS À L'ACTE**

Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2006, le dentiste rémunéré à l'acte reçoit des montants forfaitaires selon les modalités suivantes :

a) Versement dans les 60 jours de la signature de la lettre d'entente no 9

- Pour la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004, verser un montant forfaitaire égal à 1 619 000 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de cette période. Le pourcentage à appliquer sera celui déterminé par les parties négociantes.
- Pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005, verser un montant forfaitaire égal à 791 000 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de cette période. Le pourcentage à appliquer sera celui déterminé par les parties négociantes.
- Pour y avoir droit, le dentiste doit être inscrit à la Régie dans le cadre du régime dentaire assuré le 1^{er} avril 2006.
- Le dentiste qui a cessé ses activités entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2006 a également droit, au 1^{er} avril 2006, au montant forfaitaire calculé selon les mêmes modalités et sur la même période.

b) Versement le 1^{er} avril 2007

- Pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005, verser un montant forfaitaire égal à 800 000 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de cette période. Le pourcentage à appliquer sera celui déterminé par les parties négociantes.
- Pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006, verser un montant forfaitaire égal à 1 353 833 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de cette période. Le pourcentage à appliquer sera celui déterminé par les parties négociantes.
- Pour y avoir droit, le dentiste doit être inscrit à la Régie dans le cadre du régime dentaire assuré le 1^{er} avril 2007.
- Le dentiste qui a cessé ses activités entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007 a également droit, au 1^{er} avril 2007, au montant forfaitaire calculé selon les mêmes modalités et sur la même période.

Le paiement de la Régie au dentiste doit être accompagné d'un relevé indiquant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul selon les services rendus au cours de la période.

La Régie doit également fournir aux parties, au plus tard 30 jours après le versement des forfaitaires, un fichier contenant le détail du calcul des forfaitaires payables à chaque dentiste, conformément aux modalités décrites.

Si le dentiste est décédé, les forfaitaires sont payables à sa succession ou à ses ayants droit. La Régie doit informer les parties de tout paiement qui lui est retourné pour quelque raison que ce soit.

Les montants forfaitaires prévus à la présente annexe ne sont pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

LETTRÉ D'ENTENTE NO 8

CONCERNANT LA DEMANDE DE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

LES PARTIES CONVIENNENT :

De créer un comité conjoint (MSSS-RAMQ-ACDQ) pour examiner le traitement des demandes de considération spéciale acheminées à la Régie par les dentistes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des services sociaux

CHANTAL CHAREST
Présidente
Association des chirurgiens
dentistes du Québec

+

LETTRE D'ENTENTE NO 9

Considérant la volonté des parties de conclure une entente afin de disposer de la lettre d'entente no 7

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 1^{er} septembre 2006, augmenter le tarif des obturations sur les prémolaires et les molaires permanentes (actes 21211 à 21215, 21221 à 21225, 23301 et 23302), sauf le tarif de la valeur de base, et ce, pour un montant global correspondant à 1 502 000 \$ sur une base annuelle.

À cette fin, les parties établiront au plus tard le 1^{er} juillet 2006, le nouveau tarif des obturations sur les prémolaires et les molaires permanentes sur la base des données fournies par la Régie, pour la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005.

2. À compter du 1^{er} septembre 2006, augmenter le plafond trimestriel prévu à l'Annexe VII d'un pourcentage correspondant au montant global, établi conformément au point 1, divisé par le montant total des honoraires à l'acte inclus dans le plafond de l'annexe VII, versés aux dentistes pour les actes fournis au cours de la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005.

3. Dans les 60 jours de la signature de la présente lettre d'entente, verser un montant forfaitaire égal à 1 619 000 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de la période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004.

Dans les 60 jours de la signature de la présente lettre d'entente, verser un montant forfaitaire égal à 791 000 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005.

Pour y avoir droit, le dentiste doit être inscrit à la Régie dans le cadre du régime dentaire assuré le 1^{er} avril 2006.

Le dentiste qui a cessé ses activités entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2006 a également droit, au 1^{er} avril 2006, au montant forfaitaire calculé selon les mêmes modalités et sur la même période.

4. Le 1^{er} avril 2007, verser un montant forfaitaire égal à 800 000 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005.

Le 1^{er} avril 2007, verser un montant forfaitaire égal à 1 353 833 \$ réparti entre les dentistes, calculé sur la base des honoraires à l'acte effectivement gagnés pour les services rendus au cours de la période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006.

Pour y avoir droit, le dentiste doit être inscrit à la Régie dans le cadre du régime dentaire assuré le 1^{er} avril 2007.

Le dentiste qui a cessé ses activités entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007 a également droit, au 1^{er} avril 2007, au montant forfaitaire calculé selon les mêmes modalités et sur la même période.

5. La RAMQ transmet aux parties la masse monétaire correspondante pour chacune des périodes aux fins du calcul du pourcentage des forfaitaires. Le pourcentage calculé est par la suite transmis à la RAMQ.

Les montants forfaitaires ainsi versés aux dentistes ne sont pas assujettis au plafond trimestriel.

6. D'affecter une somme de 800 000 \$, qui sera mise en réserve, pour le financement d'un plafond additionnel qui sera appliqué pour chaque trimestre à compter du 1^{er} septembre 2006. Cette nouvelle mesure, telle que décrite au paragraphe 7 de la présente lettre d'entente, s'appliquera jusqu'à l'extinction de cette somme, sans toutefois dépasser le 31 mars 2010.

La somme ainsi mise en réserve servira à financer les honoraires relatifs aux actes faits en sus du plafond trimestriel prévu à l'Annexe VII, versés aux dentistes conformément au paragraphe 7. Cependant, les honoraires à l'acte réduits de 66 2/3 %, conformément au deuxième alinéa du paragraphe 7, sont exclus du financement à même cette réserve.

De plus, le coût des frais compensatoires pour l'utilisation d'une clinique d'anesthésie générale et du renvoi à un pédodontiste associés aux actes pour lesquels les honoraires sont versés conformément au paragraphe 7 sera également financé à même la réserve. Cependant, le coût des frais compensatoires pour l'utilisation d'une clinique d'anesthésie générale et du renvoi à un pédodontiste associé aux actes pour lesquels les honoraires sont réduits de 66 2/3 %, conformément au deuxième alinéa du paragraphe 7, est exclu du financement à même la réserve.

Les parties effectueront le suivi de la dépense relative au plafond additionnel en vérifiant trimestriellement l'état de la dépense dans les 120 jours de la fin du trimestre et en prévoyant la durée probable du maintien de la nouvelle mesure. Les parties conviennent que, si elles anticipent l'épuisement de la somme mise en réserve avant le 31 mars 2010, elles devront aviser les dentistes 180 jours avant la date anticipée de la fin d'application de cette mesure. Si, au 31 mars 2010, un solde demeure dans la réserve prévue, les parties conviendront dans les 90 jours suivant cette date des modalités d'utilisation de ce solde au bénéfice des dentistes.

7. Nonobstant l'Annexe VII, pour chaque trimestre à compter du 1^{er} septembre 2006, un dentiste est rémunéré selon les tarifs convenus à l'entente même si ses honoraires à l'acte relatifs aux services fournis au cours d'un trimestre sont supérieurs au plafond établi à l'Annexe VII. Ces honoraires pour les services fournis au cours d'un trimestre au-delà du plafond trimestriel prévu à l'Annexe VII sont payables jusqu'à ce que ces honoraires à l'acte, à l'exception des frais compensatoires pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale et des honoraires que reçoit un pédodontiste en vertu de la règle 1.10 de l'Annexe VI, atteignent 25 % de ce plafond trimestriel au cours du trimestre.

Dès que les honoraires à l'acte d'un dentiste, à l'exception des frais compensatoires pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale et des honoraires que reçoit un pédodontiste en vertu de la règle 1.10 de l'Annexe VI, pour les services fournis au-delà du plafond trimestriel prévu à l'Annexe VII atteignent 25 % de ce plafond au cours d'un trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services fournis à compter de ce moment jusqu'à la fin de ce trimestre sont réduits automatiquement de 66 2/3 %.

8. À compter de la signature de la présente lettre d'entente, la lettre d'entente no 7 est abrogée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 30e jour de août 2006.

Philippe Couillard
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CHANTAL CHAREST
Présidente
Association des chirurgiens
dentistes du Québec

3.2.4.7 Facturation d'une suite de traitement (Lettre Q)

La lettre « Q » permet au dentiste qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes un même service dispensé plus d'une fois à une personne assurée **au cours de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement, donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre « Q » doit être inscrite sur la **deuxième** demande de paiement, et toute demande subséquente, nécessaire pour facturer la répétition du service concerné.

1^{re} demande de paiement

#

2^e demande de paiement

#

À noter que l'exemple de facturation est présenté en fonction d'un rôle 4 (voir règle d'application 6.8).

3.2.4.8 Document complémentaire (Formulaire n° 1944)

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille du dentiste ayant fourni les services;
 - 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : numéro d'inscription du dentiste;
 - 3- **Numéro du groupe** : numéro du groupe assigné par la Régie, s'il y a lieu;
 - 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 de la personne assurée** : prénom usuel et nom de famille à la naissance;
 - 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie;
 - 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 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le dentiste ou son mandataire.
- # 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).

3.2.5 IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS

Lorsque les services sont rendus dans un établissement, cette section doit comporter les renseignements suivants :

- dans la case CODE, inscrire le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, **ne pas utiliser le numéro relatif à une clinique externe;**
- la date d'entrée (année, mois et jour) de la personne assurée, si elle est admise;
- la date de sortie (année, mois et jour) de la personne assurée, s'il y a lieu;

Remarque : Des numéros d'établissements spécifiques identifient les différents types d'établissements ou de secteurs à l'intérieur d'un même établissement. Pour déterminer le numéro à inscrire, voir l'annexe V du présent onglet.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le numéro de la clinique externe.

3.2.6 SIGNATURE DU DENTISTE OU DE SON MANDATAIRE

Toutes les demandes de paiement doivent être signées par le dentiste qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec le paragraphe 1 de l'article 10 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. Le dentiste peut obtenir de la Régie les formules prévues à cette fin.

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

3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du dentiste 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. Les demandes de paiement en format continu doivent être détachées l'une de l'autre avant l'envoi.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes spécialement fournies à cette fin ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement. Les envoyer pas plus d'une fois par semaine mais au moins une fois par mois.

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

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(Formulaire n° 2076)

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(Formulaire n° 2076) (suite)

3.5 ANNEXES

- Annexe I = Liste des rôles
- Annexe II = Liste des modificateurs
- Annexe III = Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification
- Annexe IV = Formulaire d'autorisation de prothèse dentaire acrylique
- Annexe V = Numéro d'établissement
- Annexe VI = Numérotation des dents
- Annexe VII = Liste des cliniques privées d'anesthésie générale

ANNEXE I :
LISTE DES RÔLES

- RÔLE 1 :
Dentiste responsable de l'acte.
- RÔLE 4 :
Dentiste assistant.

ANNEXE II :
LISTE DES MODIFICATEURS

Le modificateur approprié doit être inscrit en regard de l'acte auquel il s'applique.

	MODIF.
RÈGLE GÉNÉRALE	
RÈGLE D'APPLICATION 1.4	
Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à quatre-vingt-un pour cent (81 %) du tarif établi	041
CHIRURGIE	
RÈGLE D'APPLICATION 6.3	
Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires, la rémunération du dentiste qui a pratiqué l'acte chirurgical est fixée à 90 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical	013
Lorsque deux (2) dentistes pratiquent à l'égard d'une même personne assurée, l'un l'acte chirurgical, l'autre les soins post-opératoires seulement, est fixée à 10 % de la prestation payable pour cet acte chirurgical	014
RÈGLE D'APPLICATION 6.4	
Lorsque plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour une même personne assurée par le même dentiste au cours d'une même séance, les actes secondaires sont rémunérés à 50 %	050
RÈGLE D'APPLICATION 6.6	
Si une nouvelle intervention n'est pas reliée à une première ou n'en résulte pas, la rémunération est fixée à 100 %	010
Si une nouvelle intervention chirurgicale est reliée à une première ou en résulte, la rémunération est fixée à 50 %	048
RÈGLE D'APPLICATION 6.7	
Lorsque pour une même fracture une réduction fermée est suivie d'une réduction ouverte, la première est rémunérée à 50 % de la prestation payable pour cette réduction fermée.	046
RÈGLE D'APPLICATION 6.8	
Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le dentiste requiert l'assistance d'un autre dentiste ou d'un chirurgien buccal, la rémunération de ce dernier est fixée à 25 % du tarif établi pour l'acte le mieux rémunéré et à 12,5 % du tarif établi pour les autres actes	050
RÈGLE D'APPLICATION 6.27	
Mise en place ou ablation de plusieurs attelles dans une même séance; la prestation correspond à 50 % du tarif fixé pour les attelles les moins rémunérées.	045
MAJ 38 / novembre 2006 / 99	21

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Dentistes

AUTRES SITUATIONS

Sites anatomiques différents. (Le modificateur 093 s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés)	093
Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte et qu'aucun modificateur multiple ne s'applique (Inscrire les modificateurs visés dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES)	099

MODIFICATEURS MULTIPLES

- INSTRUCTIONS DE FACTURATION :
- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 045 - 093)
 - Inscrire le modificateur multiple (ex. : 631) sur la ligne de service
 - Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,5000)
 - Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
045 - 093	631	0,5000
050 - 093	086	0,5000

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

A :- Renseignements complémentaires ou document afférent, sans incidence monétaire.

- Remplacement d'une prothèse suite à une chirurgie buccale.

Réf. : Services de chirurgie buccale mentionnés à l'article 31 D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie - Voir les sections 3.2.3.6 et 3.2.3.7.

Remarque : Préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET 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 suite à une chirurgie buccale. Annexer à votre demande de paiement, une copie de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et une copie de l'ordonnance écrite.

- Personne assurée (prestataire du programme d'assistance emploi) ne se présente pas pour la **mise en bouche** d'une prothèse dentaire acrylique.

Remarque : Préciser la situation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Utilisez les codes d'acte apparaissant à la règle d'application 7.4 et joindre les documents attestant les frais de laboratoire engagés, y compris 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.

B :- Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C :- Enfant âgé de moins d'un an et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie.

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et admise dans un centre d'hébergement et de longue durée pour y recevoir des soins prolongés.

Remarque : Si le service est rendu au bureau du dentiste, inscrire le numéro de l'établissement où la personne assurée est admise dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Prestataire du programme d'assistance emploi ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la période de validité du carnet de réclamation et admis dans un centre d'hébergement et de longue durée pour y recevoir des soins prolongés.

D :- Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

- Prestataire du programme d'assistance emploi requérant des soins urgents et ne pouvant être identifié par son numéro d'assurance maladie et la date de fin de la période de validité.

3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Dentistes

- Prestataire du programme d'assistance emploi requérant des soins urgents pour qui les services suivants et leur examen préalable ne sont pas assujettis au délai de carence :
 - ablation de dent ou de racine;
 - ouverture de la chambre pulpaire;
 - incision ou drainage d'un abcès;
 - alvéolite;
 - contrôle d'hémorragie;
 - réparation d'une lacération de tissu mou;
 - réduction d'une fracture alvéolaire;
 - immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme;
 - réimplantation d'une dent complètement exfoliée.
- E** :- Dentiste habituellement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, devant être rémunéré à l'acte.
- # **J** :- Personne 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 la mesure d'exception gérée par la RAMQ à la demande du MSSS.
- N** :- pour un acte posé plus souvent que convenu à l'entente; l'acte est alors rémunéré au taux déjà fixé pour cet acte;
 - pour un acte posé dans des circonstances hors de l'ordinaire justifiant un honoraire majoré;
 - pour un acte codifié au tarif avec la mention « considération spéciale » (C.S.).

Remarque : Voir la Règle d'application 1.2.
- # **Q** :- Indicateur précisant que le **même service** est rendu plus d'une fois le même jour à une personne assurée et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes, s'il y a lieu (voir instructions de facturation, section 3.2.4.7).
- R** :- Remplacement d'une prothèse complète ou partielle en dedans de la période de huit (8) ans, dans les cas de perte ou de bris irréparable; l'aide permise est alors égale à la moitié du tarif prévu.

Remarque : Voir 3.2.3.4 ou 3.2.3.5 du présent onglet.

 - Préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES s'il s'agit d'un BRIS ou d'une PERTE.
 - Facturer les honoraires à 50% du tarif.

Remarque : Lorsque le remplacement d'une prothèse fait suite à une chirurgie buccale, référer à la lettre « **A** ».

ANNEXE IV :
FORMULAIRE « DEMANDE DE PROTHÈSES DENTAIRES ACRYLIQUES »

ANNEXE IV :
Verso du formulaire

**ANNEXE V :
NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT**

- I Le numéro d'établissement qui comprend cinq chiffres, se compose comme suit :
- le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement;
 - les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement;
 - le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement (exemple : 1 = Clinique externe).
- II Système de codifications des établissements :

A- ÉTABLISSEMENTS AU SENS DE LA « LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX »

- | | | |
|---|-------|---|
| • Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés : | 0XXX0 | Unité de soins palliatifs, dépt. toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, hôpital de jour, moyen séjour, etc. |
| | 0XXX1 | Clinique externe |
| | 0XXX2 | Unité de soins gériatriques |
| | 0XXX3 | Unité de soins généraux et spécialisés |
| | 0XXX4 | Unité de soins de longue durée |
| | 0XXX5 | Section hébergement |
| | 0XXX6 | Unité de soins coronariens ou de soins intensifs |
| | 0XXX7 | Clinique d'urgence |
| | 0XXX8 | Département de psychiatrie |
| • Centres d'hébergement et de soins de longue durée : | 0XXX4 | C.H.S.L.D., section chronique |
| | 1XXX5 | Hébergement public |
| | 2XXX5 | Hébergement privé |
| • Centres de réadaptation : | 1XXX3 | Centre de réadaptation physique |
| | 4XXX9 | Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation |
| • Centres locaux de services communautaires : | 9XXX2 | C.L.S.C. |
| | 8XXX5 | Point de service de certains C.L.S.C. |

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

- | | | |
|--------------------------|-------|----------------------------------|
| • Centres hospitaliers : | 0XXX9 | Hors province |
| • Organismes fédéraux : | 5XXX9 | Autres que prisons |
| • Centres de détention : | 7XXX0 | Prisons fédérales |
| | 7XXX6 | Centres de détention |
| • Régies régionales : | 94XX9 | R.R.S.S.S. |
| • Cliniques privées : | 51XX2 | Clinique médicale et/ou dentaire |

ANNEXE VII :
LISTE DES CLINIQUES PRIVÉES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Code d'établissement	Clinique
# 51332	Clinique d'anesthésie 5540 enr. 100, chemin Rockland, bureau 115-B Mont-Royal QC H3P 2V9
51302	Clinique d'anesthésie de Montréal 6863, des Angevins Anjou QC H1K 3R4
51362	Le Groupe Dentis 85, de la Savane, # 201 Gatineau QC J8T 8L5
51372	Clinique 390 390, boul. Crémazie B Montréal QC H2P 1E5
51392	Clinique 7070 7070, boul. Perras Montréal QC H1E 1A4

7.4.1.2 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 (AA-MM-JJ).
- 3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte visé 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 : Numéro référant à la nature de la transaction (TRA) et/ou à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir 7.9)
- 6a. MONTANT PAYÉ : Montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

7.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie un remboursement des honoraires que vous lui avez réclamés, parce qu'elle n'a pu vous fournir la preuve de son inscription à la Régie (carte d'assurance maladie), ou le carnet de réclamation, ou parce que vous êtes un professionnel désengagé.

7.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

7.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du 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.**

7.5.3 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 suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **7.7**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **7.9**).

Le dentiste 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** (voir **7.5.4b**).

7.5.4 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 **7.9**). 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 modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale. Si cette correction ou cette modification correspond à la description d'un des modificateurs de l'Annexe II sous l'onglet RÉMUNÉRATION À L'ACTE, inscrire le modificateur dans la case appropriée de la demande de paiement refacturée.

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 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le **numéro** 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, il y a lieu de contester la décision de la Régie ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir **7.7**) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

7.5.5 Demande de révision

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis 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 onglet Manuels et formulaires) et expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Remarque : À votre demande de révision, **veuillez annexer une copie de l'autorisation** 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 réglage de **prothèse(s) dentaire(s) acrylique(s)**.

MESSAGES EXPLICATIFS - ACTE**7.9 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 de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 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 ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. 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.
- 106** Le numéro d'assurance maladie est absent et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.. (Réf. : section 3.2.1 : Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). 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 de la personne assurée, telle que fournie (Réf. : section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 109** Le numéro d'assurance maladie est absent du fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou la personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- 110** Carte d'assurance maladie expirée à la date des services, selon nos fichiers.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont absents, illisibles ou incomplets. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est absente, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Numéro d'assurance maladie absent et date de naissance postérieure à la date des services. Veuillez 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 de la personne assurée, 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 au programme d'assistance emploi à la date des services. Veuillez 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.
- 126** Facturation non conforme aux instructions fournies (voir Section 2.2 sous l'onglet « Personnes assurées »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 130** La personne assurée n'est pas admissible à la date des services.
- 131** Le prestataire n'est pas admissible aux services de prothèses dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 24 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'assistance emploi (Emploi et Solidarité sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 133** Le prestataire n'est pas admissible aux services dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de 12 mois, applicable à la date de l'admissibilité au programme d'assistance emploi (Emploi et Solidarité sociale), 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** Nos fichiers indiquent, qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.
- # **160** Le code d'acte est non payable en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 197** Lorsqu'il y a, à la même séance, confection d'une nouvelle prothèse en plus d'un remplacement dû à un bris ou 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 « Rémunération à l'acte, point 3.2.4.3 » 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 facturés lorsque des services concernant les deux maxillaires sont en cause à la même séance. Veuillez 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 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire d'autorisation 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 un paiement ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- # **201** En raison de votre statut de professionnel non admissible, les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. (Références : art. 36 de la Loi sur l'assurance maladie, art. 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et art. 16.01 - 5e alinéa de l'entente des dentistes).
- 203** Selon nos dossiers, votre type de permis de pratique régulier limité ne vous permet pas de facturer ce code d'acte.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 207** Pour recevoir paiement pour des services rendus à des québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance technique peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 216** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI où il est spécifié que seul un pédodontiste a droit au montant forfaitaire.
- 223** Votre statut de résident en médecine dentaire ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 232** Veuillez vous conformer à l'avis énoncé sous la règle d'application 4.5.1. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 250** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas identifié sur la demande de paiement. Voir la section 3.2.2.2, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ne figure pas à nos fichiers. Voir la section 3.2.2.2, sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».
- 256** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.10 de l'annexe VI qui stipule que seul un dentiste généraliste, un dentiste spécialiste, un médecin omnipraticien ou spécialiste est habilité à référer un enfant de moins de dix ans à un pédodontiste.
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation est inéligible à la date de l'acte.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.

- 309** Date des services absente, illisible, incomplète, impossible ou il y a plus d'une date.
- 311** Date de naissance de la personne assurée postérieure à la date des services rendus.
- 312** Date des services 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 ces renseignements :
- 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 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 320** Date des services impossible. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** Date des services absente, illisible ou incomplète.
- 322** Il y a plus d'une date pour les services facturés. 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 de l'autorisation émise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, et la date des services.
- 324** Date d'autorisation absente, illisible, invalide ou incomplète.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 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 unité est payable au cours d'une même séance.
- 360** Code d'acte absent. Veuillez 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 nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Acte non assuré à la date du service.
- 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.
- 389** Acte soumis à l'application du modificateur 041 (réf. : Règle d'application 1.4).
- 390** Acte soumis à l'application du modificateur 010 (réf. : Règle d'application 6.6).
- 391** Acte soumis à l'application du modificateur 013 (réf. : Règle d'application 6.2; règle d'application 6.3 depuis le 1^{er} avril 2003).
- 392** Acte soumis à l'application du modificateur 014 (réf. : Règle d'application 6.2; règle d'application 6.3 depuis le 1^{er} avril 2003).
- 395** Acte soumis à l'application du modificateur 043 (réf. : Règle d'application 3.6).
- 396** Acte soumis à l'application du modificateur 045 (réf. : Règle d'application 6.27).
- 397** Acte soumis à l'application du modificateur 046 (réf. : Règle d'application 6.7).
- 398** Acte soumis à l'application du modificateur 048 (réf. : Règle d'application 6.6).
- 399** Acte soumis à l'application du modificateur 050 (réf. : Règle d'application 6.4).
- 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.
- 409** Cet acte est incompatible avec le numéro de dent et/ou avec l'âge de la personne assurée.
- 412** Honoraires rectifiés pour correspondre au maximum prévu à la règle d'application 4.5.1.
- 413** En fonction de la nature ou du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 414** Acte déjà 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 en référence.
- 420** Selon sa nature ou son libellé, cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 423** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'y a pas mention de « substance médicamenteuse » (réf. : Règle d'application 6.20).

- 433** Ce service ne peut être réclamé plus d'une fois dans une période donnée.
- 435** Le code d'acte est non payable en raison du dépassement du maximum permis à la règle d'application 1.4 ou 1.10.
- 437** Conformément à la règle d'application 4.8, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour la valeur de base 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 sa règle d'application, 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. : Section 2.2, sous l'onglet « Personnes assurées »).
- 446** Acte incompatible avec celui indiqué (réf. : Règle d'application 5.4).
- 447** Acte incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (réf. : Règle d'application 5.4).
- 449** Acte inclus avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.8.1).
- 451** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.24).
- 452** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.25).
- 453** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.26).
- 454** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.9).
- 455** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.10).
- 456** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.17).
- 457** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.19).
- 458** Acte modifié pour celui indiqué en référence (Règle d'application 6.11).
- 459** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 2.6).

- 460** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.1).
- 461** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.3).
- 462** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.14).
- 463** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.21).
- 464** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.23).
- 465** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.13).
- 466** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.15).
- 467** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.16).
- 468** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.13).
- 469** Selon la règle d'application 6.22, cet acte ne peut être payé.
- 470** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.6).
- 471** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 6.5).
- 472** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.10).
- 473** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.11).
- 474** La ou les surfaces dont le traitement est prévu par le code indiqué en référence ont fait l'objet d'une demande de paiement au cours de l'année. C'est pourquoi nous vous payons selon un autre code qui ne couvre que la ou les surfaces qui n'avaient pas été traitées (réf. : Règle d'application 4.10).
- 480** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.23, 6.24, 6.25 ou 6.26).
- 481** Acte modifié (Règle d'application 6.10 ou 6.11) ou inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.9, 6.17 ou 6.19).
- 482** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 2.6, 6.1, 6.3 (abolie depuis le 1^{er} avril 2003), 6.14, 6.21 ou 6.23).
- 483** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 6.13, 6.15 ou 6.16).
- 484** Acte inclus dans celui indiqué en référence (Règle d'application 4.13 ou 6.22).

- 485** Acte inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (Règle d'application 4.6, 4.10, 4.11 ou 6.5).
- 486** La prothèse n'est rémunérée que lorsqu'elle a été effectuée trois (3) mois ou plus après l'ablation des dents (réf. : Règle d'application 7.1).
- 488** L'incision et le drainage d'abcès sont inclus dans l'ablation de dents ou l'ouverture d'urgence d'une chambre pulpaire.
- 489** La rémunération de l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire est incluse dans la rémunération d'un autre acte d'endodontie.
- 490** La Régie ne peut rémunérer les honoraires de l'examen d'urgence étant donné que les services de restauration, d'endodontie ou de chirurgie reliés à cet examen sont refusés et qu'aucun motif n'est présent sur la demande de paiement (réf. : Règle d'application 2.5).
- 491** Le motif de l'examen d'urgence doit être inscrit sur la demande de paiement si aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie n'est dispensé au cours de la même séance (réf. : Règle d'application 2.5).
- 492** En raison de la Règle d'application 2.6.
- 493** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 5.5).
- 494** Une note explicative est exigée (réf. : Règle d'application 4.2).
- 495** Le coiffage de pulpe indirect n'est pas payable (réf. : Règle d'application 5.1).
- 496** Ce code d'acte ne peut être payé si le protocole opératoire n'accompagne pas la demande de paiement (réf. : Règle d'application 6.17).
- 497** Ce code d'acte est modifié ou annulé selon le maximum d'ostéotomies permises par maxillaire.
- 498** Le pansement sédatif ne peut être facturé en même temps qu'un service d'endodontie.
- 500** Le numéro de dent étant absent ou non acceptable, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour le code d'acte indiqué sur l'état de compte.
- 501** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la dent est absent.
- 505** Le numéro de dent n'est pas acceptable pour ce code d'acte.
- 510** Le numéro de dent est incompatible avec l'âge de la personne assurée selon le guide d'urgence dentaire.
- 525** Le numéro de surface étant absent ou non acceptable, la Régie ne peut évaluer les honoraires payables pour le code d'acte indiqué sur l'état de compte.
- 526** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est absent.
- 527** Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est non acceptable.
- 530** Le numéro de surface est incompatible avec le code d'acte réclamé.
- 535** Le numéro de surface est inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- # 555** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle d'application 6.8 pour le rôle d'assistant au dentiste ou au chirurgien maxillo-facial.

- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Modificateur utilisé incompatible avec rôle demandé pour ce code d'acte.
- 579** Les actes pour lesquels vous demandez paiement sont sujets à l'application du modificateur 010 ou 048. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement (réf. : Règle d'application 6.6).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 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** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une évaluation professionnelle par un dentiste.
- # **618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte (description) ou de la nature de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une évaluation professionnelle par un dentiste, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de services vous ont été payés en double.
- 649** Paiement refusé en raison de l'absence des renseignements exigés pour un remplacement d'une prothèse acrylique suite à une chirurgie buccale.
- 650** Demande de paiement soumise à une évaluation professionnelle par un dentiste, une appréciation particulière d'ordre juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 654** Vous devez indiquer la raison qui motive le remplacement de prothèse. Veuillez resoumettre une nouvelle 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 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

- 677** Lors du remplacement d'une prothèse acrylique complète ou partielle en dedans de la période de huit 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.
- 682** Consécutivement à une expertise professionnelle et selon les renseignements fournis.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 684** Seuls les huit premiers codes d'acte de la demande de paiement ont été évalués.
- 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.
- 695** Le code d'acte, le rôle ou les honoraires sont modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 800** L'acte facturé figure sur la demande de paiement sans code d'établissement ou avec un code d'établissement illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date de l'acte.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 810** Selon sa nomenclature, cet acte ne peut être payé lorsqu'effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 838** Le numéro de la clinique d'anesthésie générale est manquant, illisible ou inexistant à la date du service. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 840** Selon la règle d'application 1.4, cet acte est non payable puisque la clinique ne fait pas partie de celles identifiées à l'annexe VII du point 3.5 sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».

- # **849** Selon l'article 17.03 de l'entente, la rémunération à l'acte n'est pas applicable pour un dentiste nommé dans un établissement pour oeuvrer en santé publique ou dans un centre local de services communautaires. Il doit être rémunéré soit à honoraires fixes, soit au tarif horaire.
- # **850** Selon l'article 3.01 de l'entente particulière des établissements du Nord, le dentiste oeuvrant dans les établissements visés par cette entente particulière est exclusivement rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel 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 professionnel.
- 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.
- 907** Demande de paiement reçue par support magnétique ou télécommunication et retournée à votre agence parce que non conforme aux exigences des modalités de facturation.
- 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.
- 910** Demande de remboursement au bénéficiaire retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 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.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 935** Le coût de ces services relève de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- 936** Ce service n'est pas assuré en vertu du Règlement de la sécurité du revenu.

- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une expertise professionnelle.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel ne comporte pas sept chiffres ou est erroné. (Voir section 3.2.2 de l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 941** Le code de l'établissement ne comporte pas cinq chiffres. (Voir section 3.2.5 de l'onglet « Rémunération à l'acte »). 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 « Rémunération à l'acte »). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 945** Un maximum de huit codes d'acte peut être inscrit sur la demande de paiement. (Voir section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). Veuillez vérifier et soumettre deux nouvelles demandes de paiement, s'il y a lieu.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié suite à une étude du service des Profils de pratique.
- 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.
- # **970** Le code d'acte est non payable ou inclus dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- # **971** Le code d'acte est non payable ou inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- # **980** Le code d'acte est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence, en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- # **982** Le code d'acte est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description), la nature ou la règle d'application relative aux codes d'acte, les notes au tarif ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 10a)

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. Lorsque la Régie effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. TEMPS PAYÉ : Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement. Pour une demande de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de l'état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

8.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du 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.**

8.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification des honoraires figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **8.6**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **8.8**).

Le dentiste 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** (voir **8.5.4b**).

8.5.4 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 (voir **8.6**) et du code de message explicatif approprié (voir **8.8**); le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- 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, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir **8.6**) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION » (Voir onglet Manuels et formulaires).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

MESSAGES EXPLICATIFS - HONORAIRES FIXES**8.8 MESSAGES EXPLICATIFS**

- 001** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 002** Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 003** Le numéro du professionnel est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 005** Services fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement selon le mode de rémunération à honoraires fixes ou à salaire.
- 007** Services fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 009** Veuillez inscrire la lettre « **B** » dans la case C.S., lors d'une refacturation.
- 010** La période de facturation est absente, incomplète, non valide ou illisible.
- 012** La durée de la période de facturation excède 7 jours.
- 013** Délai de facturation, de refacturation ou de révision expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'entente.
- 014** La période de facturation correspondant aux services rendus est postérieure à la date de réception de votre demande de paiement à la Régie.
- 019** Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 022** Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent ou inexistant au fichier des établissements.
- 023** Demande de paiement retenue puisque le contrat ou l'avis de service est non conforme ou non reçu pour les services fournis dans l'établissement concerné.
- 024** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 025** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée au contrat ou à l'avis de service.
- 026** La date (quantième) identifiant un jour de la période a été modifiée afin de la rendre compatible avec les dates de la période de facturation.
- 027** La période de facturation a été modifiée pour la rendre compatible avec les dates identifiant les jours de la période.
- 028** Facturation non retenue parce que située à l'extérieur de la période inscrite sur la demande de paiement.
- 029** La date (quantième) permettant l'identification du jour de la période est absente, incomplète, non valide ou illisible.

- 030** Date du jour (quantième) pour la remise de temps, absente ou invraisemblable.
- 031** Facturation non retenue parce que non couverte par un contrat ou un avis de service.
- 033** Votre congé de maternité est considéré comme étant terminé.
- 034** Facturation non retenue parce que vous étiez en assurance invalidité.
- 035** Facturation non retenue parce que déjà payée.
- 037** Le congé ne peut être rémunéré car le nombre d'heures travaillées réclamé pour cette date est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévues au contrat ou à l'avis de service.
- 042** L'indicateur de plage horaire multiple n'est pas permis.
- 049** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 051** Les heures réclamées sont illisibles ou non conformes.
- 052** La somme des heures et/ou des congés réclamés pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 053** Facturation non retenue parce que la garde doit se faire en sus du temps régulier.
- 054** Facturation non retenue parce que la garde en disponibilité vous est payable à l'acte.
- 059** Le type d'avis de service que vous possédez ne vous donne pas droit aux avantages sociaux et/ou à l'accumulation et à la remise d'heures supplémentaires.
- 062** Le total des heures travaillées a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- 064** Le total des jours de congé a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- 065** Le code de congé réclamé est inexistant à la date de facturation.
- 066** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 29.
- 067** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 27.
- 069** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période d'assurance invalidité.
- # **072** Le code de congé est absent. Le code réclamé est refusé.
- 075** Vous n'êtes pas encore admissible aux régimes d'assurance.
- 077** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé de maternité.
- 078** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé sans rémunération autorisée.
- 080** Le montant déclaré à titre de juré ou de témoin n'a pas été considéré parce qu'il est illisible ou incomplet. Veuillez confirmer ce montant.

- 510** Votre congé pour période continue et prolongée a été modifié pour tenir compte de votre nouvelle facturation.
- 511** Le code de congé réclamé n'est pas permis en période continue et prolongée.
- 512** Il s'agit de la dernière demande de paiement générée puisque la date de fin de votre facturation en période continue et prolongée est atteinte.
- 513** Facturation non retenue afin de la rendre conforme à la modification de votre congé en période continue et prolongée.
- 514** La facturation de votre congé en période continue et prolongée a été modifiée pour la rendre conforme aux dispositions stipulées à votre entente.
- 515** Paiement refusé parce que vous n'êtes pas admissible à ce congé.
- 676** Votre congé est refusé puisque aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie.
- 677** Le maximum de jours payables pour ce type de congé est atteint.
- 700** Le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours du début de la période d'invalidité.
- 701** Le certificat médical fourni pour le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus est inacceptable. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 702** Nous n'avons pas reçu le certificat médical demandé pour le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus. La rémunération versée est donc récupérée.
- 703** Conformément à votre entente, les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au delà de la deuxième (2e) au cours de la même année ne sont pas rémunérés (parag. 8.02).
- 704** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont conformes à l'Entente.
- 705** Le congé de perfectionnement ou de ressourcement doit être justifié par des documents pertinents. La rémunération versée pour ces congés sera récupérée si ces pièces ne sont pas reçues dans les 30 jours de la prise desdits congés.
- # 706** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont inacceptables. Les jours facturés seront refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 707** Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives pour les congés de perfectionnement ou de ressourcement. La rémunération versée est donc récupérée.
- 708** Facturation de vos congés de perfectionnement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 709** Facturation de vos congés de ressourcement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 710** Le congé de perfectionnement ou de ressourcement a été refusé parce que, conformément à votre entente, vous ne pouvez recevoir aucune autre rémunération pendant une période d'invalidité, avec ou sans période de réadaptation. (Voir l'article 8.02, alinéa a) iii) de l'annexe V portant sur les avantages sociaux).

- 711** Le maximum de jours de congé pour visites médicales reliées à la grossesse est atteint. Nous avons donc modifié votre facturation pour un code d'assurance invalidité.
- 712** Ce code de congé doit être utilisé pour visites médicales reliées à la grossesse.
- 713** Le congé pour visite médicale reliée à la grossesse doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 714** Nous n'avons pas reçu le certificat médical justifiant le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse. La rémunération versée est donc récupérée.
- 715** Facturation non retenue parce que le code de congé est relatif à la maternité.
- 716** Le certificat médical reçu justifie le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse.
- 719** Nous récupérons le montant que vous avez reçu à titre de prestation d'assurance emploi.
- 720** Un congé de maternité ne peut être discontinué plus d'une fois. Nous considérons donc votre congé de maternité terminé.
- # 721** La Régie a la responsabilité de rémunérer les trois premières semaines d'un congé de retrait préventif (code 22) en fonction de la date de début de celui-ci. Même si la facturation de la deuxième et de la troisième semaines paraît refusée, celle-ci sera considérée et fera l'objet d'un paiement spécifique.
- 722** Le nombre maximum de jours payables lors d'un retrait préventif (code 22) est atteint. Cependant, s'il s'agit de la deuxième et de la troisième semaines de votre congé, la rémunération des jours payables pour cette période fera l'objet d'un paiement spécifique. Au delà de cette période, la rémunération de votre congé relève de la CSST.
- 723** Votre congé pour retrait préventif est considéré comme étant terminé.
- 724** Congé de retrait préventif modifié pour tenir compte des nouvelles conditions qui s'appliquent.
- 725** Votre demande de retrait préventif est en attente des pièces justificatives qui certifient l'acceptation du retrait par la C.S.S.T..
- 726** L'extension de votre congé de maternité est refusée parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à votre entente.
- 727** Facturation à l'extérieur de la période d'extension prévue à votre congé de maternité.
- 728** La période d'extension du congé de maternité est terminée.
- 729** La facturation d'un congé de retrait préventif (code 22) doit se faire dans la partie détaillée identifiée « Congés#si » lorsqu'il y a diminution de la période régulière d'activités professionnelles.
- 734** Conformément à votre entente, vous avez droit à un congé de maternité de 20 semaines dont 10 peuvent être rémunérées.
- 735** Conformément à votre entente, vous avez droit à un congé de maternité non rémunéré de 20 semaines.

- 736** Conformément à votre entente, en cas d'interruption de grossesse, le nombre minimal de semaines de grossesse pour avoir droit au congé de maternité est de 20.
- 737** Le maximum de jours pouvant être rémunérés pour votre congé de maternité est atteint.
- 739** La prolongation partielle de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusée parce que le nombre d'heures de votre contrat doit être supérieur à 17:50 heures.
- 746** Facturation à l'extérieur de la période de prolongation prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
- 747** La prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considérée comme étant terminée.
- 748** La prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusée parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à l'entente.
- 750** La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le professionnel ou son mandataire.
- 751** La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 754** Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de ressourcement sont épuisés.
- 756** Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de congés fériés sont épuisés.
- 757** Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de perfectionnement sont épuisés.
- 761** Votre période d'assurance invalidité est maintenant terminée.
- 762** Codes de congés en préretraite refusés en partie ou en totalité parce que votre réserve de congés de maladie est épuisée.
- 763** Modification en partie ou en totalité de votre facturation de codes de congé de préretraite à plein tarif 15 pour des codes de congé de préretraite à demi-tarif 16, en fonction de votre réserve de congés de maladie.
- 765** Modification en partie ou en totalité de votre facturation de codes de congé de préretraite à demi-tarif 16 pour des codes de congé de préretraite à plein tarif 15, en fonction de votre réserve de congés de maladie.
- 767** Facturation en attente de règlement parce que les documents requis pour l'acceptation de ce congé ne nous sont pas parvenus.
- 768** Récupération du montant que vous avez reçu pour une rente d'invalidité ou de retraite d'un autre organisme gouvernemental.
- 769** Récupération en partie ou en totalité de certains congés à la suite de l'analyse de vos avantages sociaux.

- 771** Vous n'êtes pas admissible à un congé de maternité puisque vous n'avez pas accumulé les 20 semaines de facturation nécessaires.
- 773** Récupération en partie ou en totalité du montant que vous avez reçu des autres modes de rémunération.
- 774** Les heures en remise de temps ont été diminuées parce que l'accumulation d'heures supplémentaires est insuffisante.
- 775** Les heures supplémentaires accumulées et non utilisées dans le délai prévu vous sont payées, conformément à votre entente.
- 776** Votre demande de paiement est annulée parce qu'il n'y a aucune facturation.
- 777** Les heures supplémentaires calculées sont différentes des heures supplémentaires demandées pour accumulation. Nous avons donc considéré les heures calculées.
- 779** Aucune heure supplémentaire n'étant calculée, nous ne pouvons tenir compte de votre demande d'accumulation d'heures supplémentaires.
- 780** Vous ne pouvez facturer ce congé à traitement différé, car la Régie n'a pas obtenu votre contrat d'adhésion à ce régime.
- 781** La date de facturation du congé à traitement différé ne correspond pas à celle prévue à votre contrat d'adhésion à ce régime.
- 782** Votre régime de congé à traitement différé est suspendu pour la période du congé de maternité.
- 783** Assurance invalidité inadmissible durant la période du congé à traitement différé.
- 784** Votre participation au régime de congé à traitement différé est suspendue pour la période d'invalidité.
- 785** Votre contrat d'adhésion au régime de congé à traitement différé est annulé à la suite d'une invalidité de plus de 104 semaines.
- 786** Votre participation au régime de congé à traitement différé est suspendue pour la période du congé sans rémunération.
- 787** Votre contrat d'adhésion au régime de congé à traitement différé est annulé à la suite d'un congé sans rémunération de plus d'un an.
- 788** Les congés qui coïncident avec votre période de congé à traitement différé sont réputés avoir été pris.
- 790** Ce code de congé doit être utilisé pour un congé de paternité seulement.
- 791** Le maximum de jours payables pour un congé de paternité est atteint.
- 792** Le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- # 793** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au congé pour adoption de dix semaines (code 25).
- 795** Code de congé modifié car le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.

- 796** Votre congé pour adoption est considéré comme étant terminé.
- 800** Les heures de remise de temps supplémentaire sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 802** La somme remise d'heures supplémentaires est différente du total des heures demandées. Le total remis d'heures supplémentaires a été ajusté en conséquence.
- 803** La remise d'heures supplémentaires doit se prendre selon votre horaire habituel de travail.
- 804** Le nombre d'heures supplémentaires remis ne doit pas dépasser le nombre d'heures prévu par jour à votre avis de service.
- 810** Votre demande d'accumulation d'heures supplémentaires a été répartie sur une autre demande de paiement pour la même période et ce, jusqu'au maximum possible en fonction des heures supplémentaires calculées.
- 811** Demande de paiement révisée afin de permettre l'accumulation d'heures supplémentaires tel que demandé sur une autre demande de paiement de la même période de facturation.
- 812** Demande de paiement révisée pour permettre la répartition des heures supplémentaires calculées sur les demandes de paiement de la même période de facturation.
- 820** Codes de congés refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de congés additionnels sont épuisés.
- 830** Facturation non retenue parce que vous êtes en congé de préretraite.
- 834** Le comblement de la différence des congés en assurance invalidité n'est plus possible parce que vos congés de maladie accumulés sont épuisés.
- 835** Code de congé d'invalidité modifié conformément à votre entente.
- 836** Votre période de réadaptation est interrompue.
- 837** Facturation de vos codes de congés 72 modifiée parce que la seule valeur permise est de 1,00 par jour facturé.
- 838** Vous n'êtes pas admissible à une période de réadaptation parce que vous ne répondez pas aux critères d'application prévus à votre entente.
- 839** Codes de congé 72 refusés parce que le nombre d'heures d'activités déclarées est égal ou supérieur à la moyenne hebdomadaire de ce congé.
- 840** Votre facturation de congé d'invalidité n'est plus justifiée par votre dernier certificat médical. Veuillez nous en faire parvenir un nouveau.
- 842** La valeur de la durée du congé d'assurance invalidité a été ajustée pour tenir compte des autres facturations, pour cette même journée.
- 843** Congé d'assurance invalidité refusé parce que la somme des heures travaillées et/ou de remise de temps et/ou autres congés est égale ou supérieure à la moyenne applicable pour ce congé.

- 844** Conformément à votre entente, la facturation des congés est refusée en période de rééducation.
- 845** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible à ce type de congé sans rémunération.
- 846** Codes de congé refusés parce que vous avez déjà bénéficié de ce congé ou d'un type de congé sans rémunération.
- 847** Votre congé sans rémunération est considéré comme étant terminé.
- 848** Nous avons mis fin à votre congé sans rémunération pour tenir compte de votre dernière facturation.
- 849** Code de congé sans rémunération 57 modifié pour un code de congé 20 parce que vous ne répondez plus aux conditions stipulées à votre entente.
- 850** Vous êtes considéré en congé sans rémunération dans cet établissement.
- 855** Annulé ou corrigé à votre demande.
- 857** Demande de paiement endommagée.
- 859** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 860** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 861** Ajustement rétroactif de votre rémunération, à la suite d'une modification à votre entente.
- 862** Nous récupérons le montant que vous avez reçu en allocation de maternité du gouvernement du Québec.
- 865** Une lettre explicative suivra sous peu.
- 866** Demande de paiement révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation de certains congés.
- # **867** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation des heures supplémentaires.
- 868** Demande de paiement révisée pour rétablir le délai de carence applicable à votre période d'invalidité.
- 869** Demande de paiement révisée pour répartir adéquatement vos heures de congés en tenant compte de votre facturation.
- # **870** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée.
- # **874** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée à la suite de votre demande.
- # **877** Demande de paiement ou requête de règlement interne « RRI » révisée à la suite du nouveau calcul de votre moyenne de traitement hebdomadaire.
- 878** Veuillez inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S., en présence de renseignements complémentaires.

- 885** Code de congés de vacances anticipées 32 révisé afin d'appliquer la moyenne hebdomadaire de l'année où ces congés ont été acquis.
- 886** Les crédits accumulés et non utilisés, indiqués dans votre bilan annuel, vous sont payés conformément à votre entente (congés fériés ou vacances).
- 887** Par suite de la fermeture de votre dossier et conformément à l'Entente, certains crédits accumulés vous sont payés tels que congés fériés, vacances, maladie et heures supplémentaires.
- 888** Demande de paiement ou requête de règlement interne « RRI » révisée à la suite d'une modification à votre contrat ou à votre avis de service.
- # 890** Demande de paiement ou requête de règlement interne « RRI » révisée à la suite de la modification de votre dossier concernant vos années d'expérience.
- 900** Le code de localité n'est pas retenu puisque aucune activité correspondante n'a été soumise.
- 905** Le code de localité est incomplet, non valide ou illisible.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 10a)

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement ou des demandes de remboursement des frais de déplacement par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement ou la demande de remboursement des frais de déplacement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (AA-MM-JJ).
- 3a. CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. TEMPS PAYÉ : Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a. MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de l'état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

9.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le dentiste est soumis (voir 7). Le dentiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

Remarque : Le montant payé correspond au nombre d'heures payées multiplié par le tarif en vigueur dans la localité où les services ont été rendus.

9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du 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.**

9.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification des honoraires figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir **9.6**) et d'un code de message explicatif approprié (voir **9.8**).

Le dentiste 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** (voir **9.5.4b**).

9.5.4 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 (voir **9.6**) et du code de message explicatif approprié (voir **9.8**); le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- 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, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir **8.6**) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION » (Voir onglet Manuels et formulaires).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

9.8 MESSAGES EXPLICATIFS - TARIF HORAIRE

- 100** Le numéro du professionnel est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 101** Le numéro du professionnel est absent au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 102** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 103** Services fournis alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir paiement de la Régie.
- # **104** Selon nos informations, les services ont été dispensés lorsque vous n'étiez pas admissible à être payé au tarif horaire.
- # **105** Seul l'original d'une demande de paiement peut être accepté.
- 125** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée à l'avis de service.
- # **143** Les pièces justificatives sont non conformes.
- 150** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 151** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 152** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 153** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 160** La signature du professionnel de la santé est absente. Veuillez refacturer.
- 161** La signature du représentant de l'établissement est absente, veuillez refacturer.
- 162** Les signatures du professionnel de la santé et du représentant de l'établissement sont absentes, veuillez refacturer.
- 163** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le professionnel.
- 164** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 165** La demande de paiement n'est dûment signée ni par le professionnel ni par le représentant de l'établissement.
- 166** La signature du professionnel de la santé est absente de la demande de remboursement des frais de déplacement, veuillez refacturer.
- 167** La demande de remboursement des frais de déplacement n'est pas dûment signée par le professionnel.

- 200** Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- 201** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 202** Numéro d'établissement inexistant au moment de la période de facturation.
- 203** L'identification de l'établissement est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 204** Les services ne peuvent vous être payés dans cet établissement parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 205** Les services sont non assurés.
- 206** Les services pour lesquels vous demandez paiement n'ont pas été rendus.
- 298** Les services rendus à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- 299** La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300** La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La date du début de la période de facturation n'est pas un dimanche et/ou la date de fin de période de facturation n'est pas un samedi.
- 302** La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 303** La période de facturation a été ajustée selon le calendrier de facturation des honoraires forfaitaires.
- 305** La durée de la période de facturation excède la limite permise.
- 306** L'avis de service avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309** Date des services postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312** Selon nos dossiers, les services fournis à cette date dans cet établissement ne sont pas couverts par un avis de service.
- 314** Les services ont déjà été payés.
- 315** Le délai de facturation ou de refacturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou l'Entente.
- 317** Le secteur de dispensation n'est pas indiqué, est incomplet ou illisible.
- 318** Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- 321** L'activité identifiée par le code n'est pas prévue à l'avis de service.
- 322** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 323** L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.

- 324** Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible
- 326** Les données relatives à l'activité facturée soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées sont, absents, incomplets, non valides ou illisibles.
- 327** Le secteur de dispensation est invalide.
- 351** Selon vos notes explicatives, la description des services rendus ne correspond pas au code d'activité facturé.
- 352** Les notes explicatives présentées sont insuffisantes.
- # **353** Les données inscrites ne sont pas conformes à votre Entente.
- 356** Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 361** Heure(s) coupée(s) afin d'obtenir un total divisible par trois (3).
- 363** Le nombre maximum de jours prévu à l'entente a été dépassé.
- 364** La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365** Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366** Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activités facturé.
- 367** Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 370** La plage horaire n'est pas indiquée.
- 371** Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372** Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.
- 373** Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- 374** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375** L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.

- 400** Sur la demande de paiement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 401** Sur la demande de remboursement de frais de déplacement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 402** La date d'arrivée à destination est absente et/ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.
- 403** L'heure d'arrivée à destination et/ou de départ sont absentes ou incompatibles avec les heures pour lesquelles le paiement de services professionnels est demandé.
- 404** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 405** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 407** Aucun avis de service avec l'établissement visité n'a été inscrit à votre dossier pour ce déplacement.
- 408** Aucun service et/ou aucun déplacement ne paraît sur la demande.
- 409** La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
- 410** Les frais de déplacement ne peuvent être reliés à aucun service rendu.
- 411** La distance et/ou le montant réclamé sont manquants sur la demande.
- 412** Le montant de l'indemnité accordée résulte de la modification de la distance. Celle-ci est établie à l'aide de la publication « Distances routières » du ministère des Transports du Québec et seule la distance unidirectionnelle est prise en compte.
- 413** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 414** Le montant total des frais a été rectifié.
- 415** Ce déplacement a déjà été payé.
- 416** Les coûts du déplacement sont facturés en dehors de la période de début ou de fin d'emploi.
- 417** Aucun frais de déplacement n'ayant été accepté, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 418** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 419** Temps de déplacement rectifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 420** Temps de déplacement rectifié selon le mode de transport le plus adéquat.
- 421** Le temps de déplacement a été rectifié selon le nombre de kilomètres accepté.
- 422** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.

PARTIE 8**Signature du professionnel** (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **signée à la main** et datée par le professionnel dont le nom figure à la **partie 1** ou par son mandataire.

Remarque : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original des pièces justificatives (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

10.3 EXPÉDITION

Le professionnel est prié de conserver son exemplaire de la demande de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la Régie pourrait lui adresser.

Joindre les pièces justificatives à la demande de remboursement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

Toutes les demandes de remboursement de mesures incitatives doivent être adressées comme suit :

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

10.4 LISTE DES LOCALITÉS

Pour l'application de l'article 4 de l'annexe VIII de l'entente

Localités	Codes	Localités	Codes
Aguanish	69704	Cloutier	68325
Akulivik	69870	Collines-du-Basque	
Amos	68430	(Côte-de-Gaspé)	60398
Amqui	60514	Colombier	69728
Angliers	68324	Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent	69751
Arntfield	68340	Coulée-des-Adolphe	
Auclair	60906	(Denis-Riverin)	60699
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864	D'Alembert	68440
Authier	68448	Degelis	60901
Authier-Nord	68473	Destor	68443
Baie-Comeau	69733	Dubuisson	68413
Baie-d'Hudson	69897	Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303
Baie-des-Chaloupes		Duparquet	68442
(Antoine-Labelle)	66192	Dupuy	68464
Baie-des-Sables	60628	Eastmain	69838
Baie-James (sauf Joutel)	69802	Escuminac	60439
Baie-Johan-Beetz	69703	Esprit-Saint	60715
Baie-Trinité	69721	Evain	68337
Barraute	68418	Ferme-Neuve	67646
Bearn	68306	Fermont	69761
Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces		Forestville	69730
Val-Barrette	67634	Fort Rupert (Waskagheganish)	69834
Belcourt	68411	Franquelin (Manicouagan)	69727
Bellecombe	68333	Fugèreville	68311
Belleterre	68308	Galichan	68444
Berry	68477	Gaspé	60230
Betsiamites (Réserve indienne)	69788	Godbout	69722
Biencourt	60702	Grand-Lac-Victoria	
Blanc-Sablon	69753	(Vallée-de-l'Or)	68479
Bonaventure	60419	Grand-Métis	60634
Bonne-Espérance	69755	Grande-Rivière	60213
Cabano	60920	Grande-Vallée	60251
Cacouna (Réserve indienne)	60881	Grosses-Roches	60614
Cadillac	68407	Guérin	68328
Caniapiscau	69893	Havre-St-Pierre	69706
Cap-Chat	60317	Hope	60409
Caplan	60422	Hope Town	60411
# Carleton-Sur-Mer	60435	Hunters Point	68386
Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	67892	Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850
Cascapédia	60428	Ivujivik	69877
Causapscal	60506	Kamouraska	61031
Champneuf	68412	Kangihsualujuaq (Baie-d'Ungava)	69855
Chandler	60209	Kangihsujuaq (Baie-d'Ungava)	69872
Chapais	69806	Kangirsuk (Baie-d'Ungava)	69806
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	Kawawachikamach	69843
Chibougamau	69804	Kebaowek (Réserve indienne)	68383
Chisasibi	69842	Kiamika	67624
Chute-aux-Outardes	69726	Kipawa	68310
Chute-Saint-Philippe	67642	Kuujuaq (Baie-d'Ungava)	69860
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	Kuujuarapik (Baie-d'Hudson)	69846
Clerval	68458	L'Ascension (Antoine-Labelle)	67628
Cloridorme	60248	L'Ascension-de-Patapédia	
		(Avignon)	60453

Dentistes

10. MESURES INCITATIVES

L'Île-d'Anticosti	69701	Lac-Vacher (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69892
L'Isle-Verte	60826	Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle)	64398
La Corne	68420	Lac-Walker (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69795
La Martre	60309	Laforce	68312
La Morandière	68450	Landrienne	68419
La Motte	68421	# Laniel et les Lacs du- Témiscamingue	68393
La Pocatière	61038	Latulipe-et-Gaboury	68309
La Rédemption	60529	Launay	68434
La Reine	68467	Laverlochère	68318
La Romaine (Réserve indienne)	69781	Le Bic	60750
La Sarre	68463	Lebel-sur-Quévillon	69809
La Trinité-des-Monts	60713	Lejeune (Témiscouata)	60931
Labrecque	69459	Les Bergeronnes	69741
Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle)	64397	Les Escoumins	69738
Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	Les Îles-de-la-Madeleine	60103
Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	Les Méchins	60603
Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord)	69797	Listuguj (Restigouche)	60482
Lac-au-Saumon	60512	Longue-Pointe	69705
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle)	64797	Lorrainville	68316
Lac-Boisbouscache (Les Basques)	60798	Macamic	68451
Lac-Casault (La Matapédia)	60591	Malartic	68405
Lac-Chicobi (Abitibi)	68488	Maliotenam (Réserve indienne)	69786
Lac-de-la-Bidière (Berthier)	64993	Maria	60429
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine Labelle)	65892	Marsoui	60311
Lac-de-la-Pomme (Antoine-Labelle)	64795	Matagami et Joutel	69811
Lac-des-Aigles	60714	Matane	60608
Lac-des-Cinq (Centre-de- la-Mauricie)	63299	Matapédia	60448
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis)	60793	Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492
Lac-Despinassy (Abitibi)	68495	Matimekosh - Lac-John (Réserve indienne)	69882
Lac-Douaire (Montcalm)	66196	McWatters	68323
Lac-du-Cerf	67611	Métis-sur-Mer	60629
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest)	68499	Mingan (Réserve indienne)	69784
Lac-Ernest (Antoine-Labelle)	67693	Mistissini	69825
Lac-Fouillac (Vallée-de-l'Or)	68496	Moffet	68321
Lac-Granet (Témiscamingue)	68390	Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399
Lac-Huron (Rimouski-Neigette)	60795	Mont-Alexandre (Pabok)	60298
Lac-Jérôme (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent)	69793	Montbeillard	68339
Lac-Juillet (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69891	Mont-Carmel	61006
Lac-Masketsi (Mékinac)	63292	Mont-Joli	60721
Lac-Matapédia	60597	Mont-Laurier	67640
Lac-Montanier (Rouyn-Noranda)	68494	Mont-Lebel	60728
Lac-Nigaut (Pontiac)	68091	Mont-Saint-Michel	67649
Lac-Nominingue	67620	Mont-Saint-Pierre	60306
Lac-Normand (Mékinac)	63298	Murdochville	60301
Lac-Oscar (Antoine-Labelle)	65893	Natashquan	69702
Lac-Pythonga (La Vallée-de- la-Gatineau)	68090	Nédelec	68329
Lac-Saguay	67631	Némiscau (Nemaska)	69830
Lac-Saint-Paul	67648	New Carlisle	60418
Lac-Simon (Réserve indienne)	68481	New Richmond	60426
Lac-Surimau (Rouyn-Noranda)	68487	Normetal	68474
		Notre-Dame-de-Pontmain	67612
		Notre-Dame-des-Neiges-des- Trois-Pistoles	60819
		Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838
		Notre-Dame-du-Lac	60910
		Notre-Dame-du-Laus	67602

10. MESURES INCITATIVES

Dentistes

Notre-Dame-du-Nord	68326	Rivière-Rouge	67618
Notre-Dame-du-Portage	60836	Rivière-Saint-Jean	69707
Nouvelle	60438	Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé)	60299
Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	Rivière-Vaseuse	60592
Packington	60902	Rochebaucourt	68453
Padoue	60541	Rollet	68327
Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	Roquemaure	68446
Palmarolle	68454	Routhierville (La Matapédia)	60494
Paspébiac	60412	Rouyn-Noranda	68338
Percé	60220	Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia)	60697
Petite-Vallée	60249	Ruisseau-Ferguson (Avignon)	60497
Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska)	61094	Sacré-Coeur (La Haute- Côte-Nord)	69743
Petit-Matane	60619	Saint-Adelme	60606
Petit-Mécatina (Côte-Nord- du-Golfe-Saint-Laurent)	69791	Saint-Alexandre (Kamouraska)	61011
Picard (Kamouraska)	61092	Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia)	60510
Pikogan (Réserve indienne)	68484	Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon)	60449
Pohénégamook	61003	Saint-Alphonse (Bonaventure)	60424
Pointe-à-la-Croix	60443	Saint-Anaclet-de-Lessard	60724
Pointe-au-Père	60736	Saint-André (Kamouraska)	61024
Pointe-aux-Outardes	69725	Saint-André-de-Restigouche	60446
Pointe-Lebel	69723	Saint-Antoine	60818
Port-Cartier	69717	Saint-Arsène	60828
Port-Daniel-Gascons	60401	Saint-Athanase (Témiscouata)	61002
Portneuf-sur-Mer	69732	Saint-Bruno-de-Guigues	68319
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo)	69845	Saint-Bruno-de-Kamouraska	61004
Pouliaries	68439	Saint-Charles-Garnier	60703
Preissac	68427	Saint-Clément	60808
Price	60636	Saint-Cléophas (La Matapédia)	60528
Puvirnituq (Baie-d'Hudson)	69895	Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup)	60802
Quaqtaq (Baie-d'Ungava)	69868	Saint-Damase (Matapédia)	60539
Ragueneau	69724	Saint-Denis (Kamouraska)	61032
Rapide-Danseur	68447	Saint-Dominique-du-Rosaire	68433
Rapide-des-Cèdres (Rouyn-Noranda)	68391	Saint-Donat (La Mitis)	60722
Rémigny	68330	Saint-Edouard-de-Fabre	68302
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or)	68095	Saint-Éloi (Les Basques)	60822
Rimouski	60739	Saint-Elzéar (Bonaventure)	60416
Ristigouche, Partie Sud-Est	60444	Saint-Elzéar (Témiscouata)	60924
Rivière-à-Claude	60308	Saint-Épiphane (Rivière-du-Loup)	60814
Rivière-au-Tonnerre	69708	Saint-Eugène-de-Guigues	68322
Rivière-aux-Outardes (Manicouagan)	69796	Saint-Eugène-de-Ladrière	60753
Rivière-Bleue	60915	Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912
Rivière-Bonaventure	60495	Saint-Fabien (Rimouski-Neigette)	60751
Rivière-Bonjour (Matane)	60698	Saint-Félix-de-Dalquier	68431
Rivière-du-Loup	60834	Saint-François-d'Assise (Avignon)	60451
Rivière-Héva	68417	Saint-François-Xavier- des-Hauteurs	60701
Rivière-Koksoak (Tarpangajuk)	69896	Saint-François-Xavier-de-Viger	60809
Rivière-Mouchalagane (Sept- Rivières-Caniapiscau)	69799	Saint-Gabriel (La Mitis)	60709
Rivière-Nipissis (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69794	Saint-Gabriel-Lallement	61008
Rivière-Nouvelle (Avignon)	60499	Saint-Georges-de-Cacouna	60831
Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest)	68489	Saint-Germain (Kamouraska)	61028
Rivière-Ouelle	61034	Saint-Godefroi (Bonaventure)	60408
Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia)	60792	Saint-Guy (Les Basques)	60716
		Saint-Honoré (Témiscouata)	60929

Dentistes

10. MESURES INCITATIVES

Saint-Hubert (Rivière-du-Loup) . . .	60804	Sainte-Gertrude-Manneville	68425
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane)	60604	Sainte-Hélène (Kamouraska)	61014
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806	Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata)	60903	Sainte-Irène (La Matapédia)	60526
Saint-Joseph-de-Clericy	68435	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538
Saint-Joseph-de-Kamouraska	61012	Sainte-Luce-Luceville	60734
Saint-Joseph-de-Lepage	60718	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière- Madeleine	60302
Saint-Juste-du-Lac	60908	Sainte-Marguerite (Matapédia)	60501
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest)	68469	Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742
Saint-Léandre (Matane)	60609	Sainte-Paule (Matane)	60610
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)	60518	Sainte-Rita (Les Basques)	60801
Saint-Louis-du-Ha-Ha	60922	Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216
Saint-Marc-de-Figuery	68422	Salluit	69875
Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	Sayabec	60530
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette)	60711	Schefferville	69801
Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	Senneterre	68409
Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	Sept-Îles	69711
Saint-Maxime-du-Mont-Louis	60304	Shigawake	60406
Saint-Médard (Les Basques)	60729	Sullivan	68410
Saint-Michel-du-Squatec	60918	Tadoussac	69744
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup)	60816	Taschereau	68436
Saint-Moïse (La Matapédia)	60534	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles)	69862
Saint-Narcisse-de-Rimouski	60712	Témiscaming	68301
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est)	69456	Témiscaming (rés. indienne)	68389
Saint-Noël (La Matapédia)	60536	Trécesson	68432
Saint-Norbert-de-Mont-Brun	68437	Trois-Pistoles	60821
Saint-Octave-de-Métis	60631	Umiujaq (Baie-d'Hudson)	69847
Saint-Onésime-d'Ixworth	61009	Val d'Or	68403
Saint-Pacôme (Kamouraska)	61020	Val-Brillant	60524
Saint-Pascal	61018	Val-Saint-Gilles	68471
Saint-Paul-de-la-Croix	60812	Val-Senneville	68401
Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton	69736	Vassan	68423
Saint-Philippe-de-Néri	61019	Ville-Marie	68304
Saint-Pierre-de-Lamy	60930	Waskaganish (Fort-Rupert)	69885
Saint-Raphaël-d'Albertville	60508	Waswanipi (Terre Réservée)	69880
Saint-René-de-Matane	60613	Waswanipi (Village Cri)	69810
Saint-Siméon (Bonaventure)	60421	Wemindji (Village Cri)	69840
Saint-Simon (Les Basques)	60754	Whapmagoostui (Réserve indienne)	69888
Saint-Tharcisius (La Matapédia)	60509	Whitworth (Réserve indienne)	60882
Saint-Ulric	60624	Winneway	68388
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)	60746		
Saint-Vianney (La Matapédia)	60521		
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui	60519		
Sainte-Angèle-de-Méridi	60706		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière	61036		
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle	60312		
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle)	67650		
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette)	60726		
Sainte-Félicité (Matane)	60618		
Sainte-Flavie (La Mistis)	60731		
Sainte-Florence (La Matapédia)	60502		
Sainte-Françoise (Les Basques)	60811		
Sainte-Germaine-Boulé	68441		

11. PAIEMENT - MESURES INCITATIVES

11.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du dentiste traitant ou d'un tiers autorisé par ce dentiste à recevoir paiement.

Cependant, le dentiste peut demander à la Régie de verser ses honoraires directement à son compte personnel ou à son compte administratif (paiement par dépôt direct). Un tel versement d'honoraires se fait dans un délai de trois jours ouvrables après la date du paiement.

11.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de remboursement dûment remplies.

11.3 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 transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

#

11.3.1 Description

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

11.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

1. NOM : Nom et prénom du dentiste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du dentiste ainsi que son chiffre preuve.
3. NUMÉRO DU GROUPE : Numéro du groupe du dentiste, s'il y a lieu.
4. NUMÉRO DE CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du dépôt direct dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, c'est 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 suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : La date inscrite dans cette case correspond à la date limite de réception des demandes de paiement. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La lettre « **P** » (papier) ou « **T** » (Internet, télécommunication ou disquette).
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION : La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le dentiste pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

Sommaire

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

- Messages généraux
- Paiements et retenues
- Description des gains - mesures incitatives
- Déductions cumulatives
- Description des codes de transactions

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

#

11.3.1.2 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction*(Parties 1a à 10a)*

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : AA0122 i.e. AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième.
- 3a.** CODE TRA : Numéros référant au code de la transaction (TRA) (voir **11.5**).
- 4a.** NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
Type de mesure, soit :
déménagement
prime d'éloignement
ressourcement
sortie
Élément de mesure, soit :
allocation forfaitaire
autres frais
demande d'avances
déménagement
déplacement
prime d'éloignement
frais d'entreposage
rémunération
- 5a.** TEMPS PAYÉ : Le nombre d'heures (H), ou de journées (J), ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a.** RÉF. DEM. : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

11.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis. Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement.

11.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

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

11.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

11.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement

Toute demande de remboursement accompagnée du 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 remboursement.**

11.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** (voir **11.5**) et du code de message explicatif approprié (voir **11.7**).

Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de remboursement doit lui présenter une **demande de révision (formulaire n° 1549)**.

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

Les demandes de révision doivent être adressées à l'adresse indiquée sur le formulaire.

11.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte suivi du code de transaction **(TRA) 02 ou 22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas,

faire une demande de révision s'il y a lieu de contester la décision de la Régie et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises.

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

11.4.5 Modification d'une demande déjà payée

- # Le dentiste qui désire modifier des éléments ou types de mesures déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 intitulé « DEMANDE DE RÉVISION ».

- 143** Les pièces justificatives sont non conformes.
- 144** Les déplacements en taxi ne sont autorisés que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.
- 145** Veuillez nous faire parvenir l'original du billet d'avion et non la facture de l'agence de voyage.
- 146** Nous vous retournons les pièces justificatives sous pli séparé.
- 147** Veuillez nous faire parvenir un reçu de frais d'essence ou de stationnement attestant de l'utilisation d'une voiture.
- 148** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont conformes à l'entente.
- 150** Les frais de ressourcement ou de déménagement ne peuvent être remboursés (réf. : paragraphe 5.03 de l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 151** Les frais de sortie ne peuvent être remboursés parce qu'il n'y a pas eu de remplacement d'un collègue pour une période de 6 mois ou plus, (réf. : paragraphe 5.03 de l'Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 152** La prime d'éloignement ne peut pas vous être payée puisqu'il n'y a pas eu de remplacement d'un collègue pour une période de 10 mois ou plus et que selon l'Annexe VIII, la période nécessaire pour avoir droit à la prime d'éloignement n'a pas été complétée. (Réf. : paragraphe 5.03 de l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 153** Les frais de mesures incitatives réclamés selon l'Annexe VIII ne peuvent être remboursés. (Réf. : Accord n° 3).
- 154** Les frais de sortie ou le paiement de la prime d'éloignement ne peuvent être remboursés. (Réf. : Accord n° 3).
- 155** Les frais de mesures incitatives réclamés selon l'Annexe VIII ne peuvent être remboursés (Réf. : paragraphe 5.03 de l'entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).
- 157** Les frais de sortie doivent être demandés par votre conjoint.
- 158** Les frais de sortie pour le dépendant doivent être demandés par votre conjoint.
- 159** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez utiliser le formulaire « Demande de remboursement des mesures incitatives » (n° 3336).
- 200** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 201** Révision en cours.
- 202** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de remboursement qui accompagnent votre demande de révision.
- 203** Rectification d'une demande de remboursement déjà payée.
- 204** Annulation d'une demande de remboursement déjà payée.

- 205** Annulation d'une rectification.
- 206** Rectification effectuée par suite de votre demande.
- 207** Rectification d'un paiement. Lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 208** Nous ne pouvons donner suite à votre demande de révision car les renseignements fournis sont incompatibles.
- 209** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 210** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 211** Lettre explicative suivra.
- 212** Votre demande de remboursement n'est pas complétée selon les instructions de facturation.
- 213** Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.
- 214** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 215** Demande de remboursement mutilée.
- 216** Demande de remboursement annulée à votre demande.
- 217** Rectification effectuée à la suite d'un changement de tarif.
- 218** Le montant total d'allocation forfaitaire a été rectifié selon le montant calculé par la Régie.
- 219** Le montant total de rémunération a été rectifié selon le montant calculé par la Régie.
- 220** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 221** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- # 227** Nous vous informons du maintien de la décision visée par votre demande de révision. Vous pouvez cependant en présenter une nouvelle, en indiquant que votre cas doit être soumis à votre association, s'il y a lieu.
- 250** Suite à l'évaluation de l'expertise médicale, la nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie du programme de perfectionnement.
- 251** Le paiement des frais de ressourcement est refusé car aucun nom n'apparaît sur l'attestation de présence au cours ou congrès de perfectionnement.
- # 370** Récupération d'un remboursement versé à tort en raison d'une erreur de numéro de professionnel sur la demande de remboursement.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

Consultation

2.6 La consultation est l'examen pratiqué par un dentiste suite à la demande d'un autre dentiste ou d'un médecin qui le sollicite par écrit en raison de la gravité ou de la complexité du cas. Le dentiste consulté soumet son opinion et ses recommandations par écrit au dentiste ou au médecin traitant.

Si le dentiste consulté devient dentiste traitant dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la consultation, il n'a pas droit aux honoraires de consultation à moins qu'il n'en soit fait mention différente au tarif.

2.7 Un dentiste ne peut réclamer une consultation lorsqu'une personne assurée est dirigée vers lui pour traitement.

2.8 Lorsqu'un dentiste sollicite une consultation, il fournit au dentiste consulté l'image radiologique obtenue à l'occasion de son examen.

93200 Consultation 39,50

AVIS : Voir la section 3.2.2.2 sous l'onglet « Rémunération à l'acte ».

Radiographie

2.9 La rémunération de la radiographie, soit le coût du matériel, la prise de radiographie et l'interprétation, est comprise dans la rémunération de l'examen, de l'examen d'urgence, de la consultation ou de tout autre service assuré rendu à la personne assurée.

PRÉVENTION

3.1 Lorsque le dentiste, après avoir posé l'un ou l'autre des actes ci-après énumérés, est de nouveau appelé à le poser pour une même personne assurée, il convient de ne pas réclamer de rémunération pour cet acte subséquent à moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis l'acte précédent :

- enseignement et démonstration de mesures d'hygiène buccale;
- nettoyage des dents;
- application topique de fluorure.

Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale

AVIS : Ce service est assuré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de douze ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.2 Pour les fins de l'entente, l'enseignement et la démonstration des mesures d'hygiène buccale consistent dans l'information donnée sur l'hygiène buccale à une personne assurée ou à un adulte responsable en présence de la personne assurée.

Cette information porte, entre autres, sur les éléments suivants :

- 1) l'alimentation saine;
- 2) la plaque dentaire, le tartre, et leurs conséquences;
- 3) l'utilisation de substances anticariogènes;
- 4) la démonstration d'une technique de brossage et d'utilisation du fil de soie dentaire;
- 5) vérification auprès de chaque personne assurée de la bonne utilisation de la brosse à dent et du fil de soie dentaire.

13200 Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale . . . 4,75

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

Nettoyage des dents

AVIS : Ce service est assuré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de douze ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.3 Pour les fins de l'entente, le nettoyage des dents consiste en l'obtention d'une denture libre de dépôt ou de tache de nature exogène.

11200 Nettoyage des dents. 11,50

Détartrage

AVIS : Le détartrage est rémunéré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de seize ans ou plus qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.4 Le détartrage consiste en l'obtention d'une dentition libre de tartre.

3.5 Lorsque le dentiste, après avoir effectué un détartrage, est de nouveau appelé à le poser pour une même personne assurée, il convient de ne pas réclamer de rémunération pour cet acte subséquent à moins qu'il ne se soit écoulé **trois cent soixante-cinq (365) jours** depuis cet acte précédent.

43500 Détartrage. 37,75

Application topique de fluorure

AVIS : Ce service est assuré uniquement pour les prestataires du programme d'assistance emploi de douze à quinze ans inclusivement qui détiennent un carnet de réclamation valide à la date des services.

3.6 La rémunération pour l'application topique de fluorure inclut le coût de la substance utilisée et s'il y a lieu, celui du matériau.

Le nettoyage des dents à l'aide d'une pâte fluorée n'est pas réputé être une application topique de fluorure.

12400 Application topique de fluorure 4,75

RESTAURATION

AVIS : Les services de restauration sont considérés comme assurés pour le compte d'un enfant âgé de moins de dix ans et d'un prestataire du programme d'assistance emploi qui détient un carnet de réclamation valide à la date des services.

Inscrire le numéro de dent et le numéro de surface dans les colonnes identifiées à cette fin. Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

Lorsqu'il y a reprise des actes d'obturation et de couronne à l'intérieur de la période prévue, la lettre « **A** » ou « **N** » doit être inscrite dans la case C.S. et dans la section « Renseignements complémentaires ». Ajouter une note explicative justifiant la reprise de ces actes.

Le non respect de cet avis entraînera un refus de paiement.

4.1 La rémunération pour un acte de restauration comprend tout procédé nécessaire à son accomplissement, notamment le coût de tout matériau à l'exception de ceux spécifiquement mentionnés au tarif.

4.8 Le tarif pour un service d'obturation sur les molaires primaires, les molaires permanentes et les prémolaires est établi selon une valeur de base plus une valeur additionnelle par surface obturée.

4.9 Une seule valeur de base est rémunérée par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

4.10 Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

AVIS : Les codes de valeur de base (**21999** et **23999**) doivent être inscrits sur **la même demande de paiement** que le code d'obturation d'une molaire primaire, une prémolaire ou une molaire permanente.

Les codes de valeur de base doivent être accompagnés **du numéro de dent seulement** (et non du numéro de surface). Voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.

Tous les autres codes d'obturation doivent être accompagnés d'un numéro de dent et d'un numéro de surface.

En amalgame

Molaire primaire

21999		– valeur de base	16,50
code régulier	code spécifique		
21101	21901	– une surface	13,00
21102	21902	– deux surfaces	30,75
21103	21903	– trois surfaces	40,75
21104	21904	– quatre surfaces	56,50
21105	21905	– cinq surfaces	77,25

Prémolaire

21999		– valeur de base	16,50
+ 21211		– une surface	15,00
+ 21212		– deux surfaces	37,75
+ 21213		– trois surfaces	49,00
+ 21214		– quatre surfaces	69,00
+ 21215		– cinq surfaces	92,25

Molaire permanente

21999		– valeur de base	16,50
+ 21221		– une surface	17,75
+ 21222		– deux surfaces	45,25
+ 21223		– trois surfaces	64,75
+ 21224		– quatre surfaces	83,25
+ 21225		– cinq surfaces	112,00

12. RÈGLES D'APPLICATION DU TARIF

Dentistes

En matériau esthétique

4.11 Un service d'obturation en matériau esthétique est rémunéré sur une surface buccale ou mésiale d'une prémolaire supérieure.

23999	valeur de base	16,50
+23301	une surface	25,25
+23302	deux surfaces	60,75

Tenon par restauration

AVIS : *Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).*

21301	un tenon	10,50
21302	deux tenons	18,75
21306	trois tenons ou plus	24,75

Couronne préfabriquée

4.12 La couronne préfabriquée est rémunérée une fois par dent par période de trois cent soixante-cinq (365) jours.

AVIS : *Voir les règles d'application 1.4 et 4.2*

Inscrire le numéro de dent (voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents).

Matériau esthétique

Code régulier **Code spécifique**

27421	27921	sur antérieure primaire	66,00
--------------	--------------	-----------------------------------	-------

Métallique

Code régulier **Code spécifique**

27401	27901	antérieure primaire	66,00
27403	27903	postérieure primaire	66,00
27411		antérieure permanente	66,00
27413		postérieure permanente	66,00

Recimentation d'une couronne préfabriquée

4.13 Le tarif pour la recimentation d'une couronne préfabriquée par le même dentiste qui a procédé à la confection et à la mise en place de ladite couronne ne s'applique que lorsqu'il s'est écoulé **cent quatre-vingts (180) jours** depuis la cimentation ou la recimentation de cette couronne.

AVIS : *Inscrire le numéro de dent et voir la règle d'application 1.5 pour la numérotation des dents.*

29101	Recimentation d'une couronne préfabriquée	31,50
--------------	---	-------

14. MANUELS ET FORMULAIRES

14.1 MANUELS

- # Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement au nouveau dentiste **oeuvrant** dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire du manuel qui le concerne.

COMMANDE

Le professionnel 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 professionnel 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.

14.2 FORMULAIRES

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

DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (*Formulaires n° 1670*)

Le dentiste qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1^{er} avril au 31 mars).

Toute demande au delà de cette limite sera tarifée à 34,32 \$ le mille (taxes incluses). Le prix est sujet à changement sans préavis. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte.

Seules les commandes formulées par le dentiste lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à ce jour. Sur la première ligne de l'étiquette on peut lire :

Qxxxxxx **Cxxxxxx**

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

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 dentiste peut les consulter, les télécharger et les imprimer. Référez également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

14.3 LISTE DES FORMULAIRES

Formulaires disponibles	Numéro
Formulaires relatifs à l'inscription	
Avis de désengagement, réengagement ou non participation	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Avis de service - Rémunération au tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes	3755
Formulaires relatifs à la facturation	
Demande de paiement - Tarif horaire, Honoraires forfaitaires et Vacation (Voir l'onglet Rémunération au tarif horaire, section 5)	1215
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (Voir l'onglet Rémunération à honoraires fixes, section 4)	1216
Enveloppe pour demande de paiement	1292
Demande de paiement - Acte (Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3)	1670
# Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.2.4.8)	1944
# Demande de remboursement des frais de déplacement (Voir l'onglet Rémunération à honoraires fixes, section 4 et l'onglet Rémunération au tarif horaire, section 5)	1988
Demande de remboursement à la personne assurée (Voir l'onglet Rémunération à l'acte, section 3.4)	2076
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Contrat aux fins du Régime de congé à traitement différé	3326
Demande de remboursement des mesures incitatives	3336
Feuille d'activité - Bénéficiaire (Voir l'onglet Feuille d'activité - Bénéficiaire, section 6)	3402
Formulaires relatifs à la facturation informatisée	
Description du système de facturation informatisée	2102
Demande d'accréditation	2404
Renseignements à fournir pour la facturation informatisée	2746
Mandat - Agence commerciale de traitement de données	2788
Autres formulaires	
Commande de formulaires	1491
Réclamation hors province pour services médicaux	2688
Demande de matériel de facturation pour dispensateur	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Changement d'adresses	3102
Demande d'autorisation (médicament ou patient d'exception)	3633
Demande de prestations - Assurance invalidité	3912
Demande initiale - Invalidité	3913
Rapport d'évolution - Invalidité	3914