

DOCUMENT D'AIDE À LA FACTURATION

CHIRURGIENS-DENTISTES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DES VOLETS	4
VOLET A - ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE	5
Prestataire d'assistance-emploi (p.a.e)	5
Enfants de moins de 10 ans.....	6
Personne en provenance d'un pays étranger	6
VOLET B - SERVICES DENTAIRE ASSURÉS	8
Tableau des services assurés.....	8
Règles d'application concernant les délais	8
Précisions sur certains services assurés (prothèses, radiographie, restauration).....	9
VOLET C - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	11
Description de la demande de paiement	11
Délais administratifs (facturation, refacturation, révision)	13
VOLET D - RÈGLES D'APPLICATION	14
Général.....	14
Restauration et endodontie	15
Chirurgie	16
VOLET E - PAIEMENT ET ÉTAT DE COMPTE	17
Modalités de paiement	17
État de compte.....	17
Liste des erreurs les plus fréquentes (messages explicatifs).....	18
VOLET F - COMPTES ADMINISTRATIFS ET PAIEMENT PAR DÉPÔT DIRECT	20
Comptes administratifs.....	20
Paiement par dépôt direct (sans frais).....	20
VOLET G - FACTURATION INFORMATISÉE	21
Avantages de la facturation informatisée.....	21
Formulaires à remplir	21
Activités reliées à une transmission	22
Qui appeler en cas de besoin ?	23
Aide-mémoire	24

INTRODUCTION

Ce document a pour but d'améliorer le complètement des demandes de paiement et de faciliter la facturation à la Régie en donnant des explications supplémentaires sur certains sujets qui présentent des erreurs de facturation.

Ce document se veut un outil de référence pour le chirurgien-dentiste et pour son personnel administratif. **Il ne remplace pas le manuel de facturation** mais fait ressortir les points qui suscitent le plus de questions posées aux agents de liaison de la Régie auxquelles nous voulons répondre.

Il contient les informations importantes concernant l'admissibilité de la personne assurée, les soins couverts, la rédaction de la demande de paiement, les principales règles d'application, le paiement, l'état de compte et la facturation informatisée dans un document synthèse.

Le chirurgien-dentiste et le personnel sont invités à se familiariser avec le contenu de ce document de façon à améliorer la préparation des demandes de paiement.

Nous espérons que cet outil saura répondre à vos besoins et à ceux de votre personnel.

N'hésitez pas à nous faire part de vos suggestions ou commentaires.

Ce document est disponible sur le site Internet à l'adresse suivante :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/manuel/manu_tdm.shtml

Service de l'information aux professionnels

DESCRIPTION DES VOLETS

Le **volet A – ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE** – traite des conditions d'admissibilité aux soins dentaires couverts par le régime d'assurance maladie du Québec. Les informations présentées dans ce volet se retrouvent sous l'onglet « [Personnes assurées](#) » du manuel des dentistes.

Le **volet B – SERVICES DENTAIRE ASSURÉS** – présente le tableau des services dentaires assurés et apporte des précisions utiles sur la nature de certains services couverts ainsi que les délais à respecter pour que les services soient payables par la Régie. Les informations présentées dans ce volet se retrouvent sous l'onglet « [Règles d'application du tarif](#) » du manuel des dentistes.

Le **volet C – RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** – présente la demande de paiement et les principaux champs à remplir; il a aussi pour objet les délais administratifs de facturation, de refacturation et de révision. Les informations présentées dans ce volet se retrouvent sous l'onglet « [Rémunération à l'acte](#) » du manuel des dentistes.

Le **volet D – PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION** – fait état des règles d'application qui génèrent le plus de refus de paiement. Des précisions sont apportées pour en faciliter la compréhension. Les informations présentées dans ce volet ainsi que l'ensemble des règles d'application et la tarification des services dentaires se retrouvent sous l'onglet « [Règles d'application du tarif](#) » du manuel des dentistes.

Le **volet E – PAIEMENT ET ÉTAT DE COMPTE** – comprend les informations sur les modalités de paiement et sur le contenu de l'état de compte. Une section présentant les erreurs de facturation les plus fréquentes vous aidera lors de la conciliation de l'état de compte. Les informations présentées dans ce volet de même que la signification des messages envoyés par la Régie et présents à l'état de compte se retrouvent sous l'onglet « [Paiement à l'acte – Messages explicatifs](#) » du manuel des dentistes.

Le **volet F – COMPTES ADMINISTRATIFS ET DÉPÔT DIRECT** – contient les informations concernant la création de compte administratif, individuel ou de groupe, et l'adhésion au paiement par dépôt direct. À noter que les formulaires sont disponibles pour impression sur le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/form/form.shtml>

Le **volet G – FACTURATION INFORMATISÉE** – contient les informations concernant l'utilisation d'un logiciel de facturation et l'envoi des demandes de paiement via une ligne téléphonique. En plus, vous y trouverez les avantages de la facturation informatisée et les formulaires à compléter pour s'y inscrire, les principales étapes de la transmission des demandes de paiement, les ressources à contacter en cas de besoin et un aide-mémoire pratique.

Volet A - ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Une personne assurée est autorisée à recevoir des services dentaires dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

PRESTATAIRE D'ASSISTANCE-EMPLOI – Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale

La personne assurée détient un carnet de réclamation valide et les soins dentaires sont couverts à la date où elle se présente chez le dentiste.

Il faut donc vérifier l'exactitude de la date indiquée sous « SOINS DENTAIRES COUVERTS ».

Si les services sont couverts, vous pouvez réclamer les honoraires prévus à l'entente pour les services rendus en utilisant le numéro d'assurance maladie de la personne assurée figurant à la section « RÉFÉRENCE » du carnet. Si les soins concernent un enfant de 10 ans ou plus, l'identification et son numéro d'assurance maladie doivent obligatoirement être inscrits dans la section « ENFANTS À CHARGE ». Alors vous devez utiliser ce numéro d'assurance maladie lors de la facturation des soins.

Lorsque les soins ne sont pas encore couverts parce qu'il y a un délai de carence (12 mois pour les personnes assurées de 10 ans ou plus, 24 mois pour les prothèses acryliques), les services dentaires ne seront payables par la RAMQ qu'à compter de la date indiquée sur le carnet, à moins qu'il ne s'agisse d'une situation d'urgence. Voir « Cas d'exception ».

The image shows a 'Carnet de réclamation' form for dental services. The form is divided into several sections. On the left, there is a 'Validé' stamp and a 'Message' field. The main body of the form contains fields for 'N de dossier', 'Soins dentaires couverts', 'Référence', 'Enfants à charge', and 'N de carnet'. There is also a signature line with a signature and the text 'Sous-maire'. A large red 'Spécimen' watermark is overlaid on the form. On the right side, there is a barcode and the text 'A - 000000000'. The form is titled 'Carnet de réclamation' and 'Soins dentaires couverts'.

Cas d'exception (Réf. : article 36.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie)

L'examen et les services dentaires mentionnés ci-dessous, rendus en urgence, font exception au délai de carence et sont payables. Vous devez facturer l'examen de même que les services rendus en urgence sur la même demande de paiement en prenant soin d'indiquer la lettre « D » dans la case C.S.

- Ablation de dent ou de racine
- Incision ou drainage d'un abcès
- Contrôle d'hémorragie
- Réduction d'une fracture alvéolaire
- Réimplantation d'une dent complètement exfoliée.
- Ouverture de la chambre pulpaire
- Alvéolite
- Réparation d'une lacération de tissu mou
- Immobilisation d'une dent ébranlée par traumatisme

ENFANTS DE MOINS DE 10 ANS

La personne assurée détient une carte d'assurance maladie valide à la date des services et est âgée de moins de 10 ans.

Vous devez vérifier la date d'expiration de la carte d'assurance maladie.

Lorsque la personne de moins de 10 ans ne possède pas de carte ou que celle-ci est expirée, la personne responsable de cet enfant doit payer les honoraires professionnels. Le chirurgien-dentiste remplit le formulaire n°2076 (Demande de remboursement à la personne assurée) pour la partie qui le concerne et le remet à la personne responsable qui devra le faire parvenir à la Régie afin d'obtenir le remboursement.

PERSONNES EN PROVENANCE D'UN PAYS ÉTRANGER

Parmi les personnes en provenance d'un autre pays qui sont soumises au délai de carence, seulement celles présentant un problème de santé dentaire en regard d'une des situations suivantes peuvent bénéficier de la gratuité des services :

- Les personnes victimes de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle ;
- Les soins et suivis reliés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- Les personnes aux prises avec des problèmes de nature infectieuse, ayant un impact sur la santé publique. Ces personnes incluent notamment celles soumises à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions et toutes les personnes atteintes d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients.

Pour bénéficier de la gratuité des services pendant le délai de carence, la personne doit présenter une lettre de la RAMQ laquelle lui confirme la date du début de son admissibilité au régime. Cette lettre contient, en haut à droite, le numéro d'assurance maladie (NAM) ou à défaut, un numéro de dossier à 12 chiffres et indique si le délai de carence s'applique à cette personne. Si la personne est soumise au délai de carence au moment de recevoir les soins, vous devez suivre les instructions particulières de facturation décrites ci-après.

Par contre, si la personne reçoit des soins après la date du début de l'admissibilité inscrite dans sa lettre, veuillez vous assurer que cette personne est prestataire d'assistance-emploi ou est âgée de moins de 10 ans et qu'elle répond aux conditions propres à chaque catégorie. La personne qui ne fait pas partie de ces catégories n'est pas admissible à recevoir des soins dentaires et doit en assumer le coût. Vous ne devez pas remettre le formulaire de demande de remboursement à cette personne.

Exemple de lettre

Le _____	
	NAM _____
_____	* Délai de carence applicable :
	<input type="checkbox"/> Oui, à compter du _____
	<input type="checkbox"/> Non
Objet : -----	

Avant le 5 octobre 2001, la lettre indique, en haut à droite, un numéro de dossier à 12 chiffres **OU** le numéro d'assurance maladie (NAM).

Il est à noter que la personne doit présenter la lettre de la Régie ; si elle n'a pas cette lettre en sa possession, vous devez lui faire payer les services rendus en lui précisant que vous lui rembourserez les honoraires versés lorsqu'elle pourra vous présenter cette lettre. La présentation de cette lettre vous apportera ainsi la preuve qu'elle est réellement assujettie au délai de carence.

Important : Ne pas remettre le formulaire n° 2076 « Demande de remboursement à la personne assurée » (Dentistes ou chirurgiens buccaux) car seule la demande de paiement facturée par le professionnel de la santé avec la considération spéciale « J » sera acceptée par la Régie.

Voir le [Communiqué 072/2001-11-26](#) pour tous les détails.

Modalités particulières de facturation

- Inscrire le numéro d'assurance maladie apparaissant dans la lettre présentée par la personne; à défaut du NAM, inscrire le n° de dossier de 12 chiffres dans la CASE DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire l'identité de la personne (nom, prénom, date de naissance, adresse);
- Inscrire la lettre « J » dans la case C.S.;
- Compléter la demande de paiement selon la procédure habituelle.

Volet B - SERVICES DENTAIRES ASSURÉS

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

Les services dentaires assurés	À compter du 15-05-92	
	***MILIEU HOSPITALIER	CABINET
TYPE DE SERVICES		
Examens et consultations		
Examen et consultation	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Examen d'urgence	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Prévention		
Enseignement	P.S.R. 12 et plus	P.S.R. 12 et plus
Nettoyage	P.S.R. 12 et plus	P.S.R. 12 et plus
Application de fluorure	P.S.R. 12 à 15	P.S.R. 12 à 15
Détartrage	P.S.R. 16 et plus	P.S.R. 16 et plus
* Radiologie		
Intra-orale	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
** Extra-orale : panoramique	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Extra-orale : autres	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Restauration ou dentisterie opératoire		
Obturation - couronne - tenon	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Endodontie		
Coiffage de pulpe indirect sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Pulpotomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Pulpectomie sur dent primaire	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Traitement de canal sur dent permanente	Enf. de 0 à 9 et P.S.R. 0 à 12	Enf. de 0 à 9 et P.S.R. 0 à 12
Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Chirurgie buccale		
Ablation de dents ou de racines	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Autres actes chirurgicaux	Tous	Enf. de 0 à 9 et P.S.R.
Prothodontie (1 prothèse par 8 ans)	P.S.R.	P.S.R.
Périodontie et orthodontie	Non assuré	Non assuré

* Service assuré mais inclus dans les actes pour fin de rémunération.

** Chirurgiens buccaux : voir entente, annexe III, lettre d'entente n° 1

*** Centre hospitalier ou établissement universitaire

Note : Pour les prestataires vérifier sur le carnet de réclamation si le patient est soumis au délai de carence (12 mois soins dentaires ou 24 mois services de prothèses dentaires).

Remarque : La notion de P.S.R. est maintenant remplacée par P.A.E. (Prestataire d'assistance-emploi)

RÈGLES D'APPLICATION CONCERNANT LES DÉLAIS ENTRE LES SERVICES RENDUS

RA 2.3 Examen (sauf consultation et examen d'urgence): 365 jours ou plus entre les examens

RA 3.1 Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale: 365 jours ou plus entre les enseignements

RA 3.1 Nettoyage des dents : 365 jours ou plus entre les nettoyages

RA 3.1 Application topique de fluorure : 365 jours ou plus entre les applications

RA 3.4 Détartrage : 365 jours ou plus entre les détartrages.

PRÉCISIONS SUR CERTAINS SERVICES ASSURÉS

Prothèse acrylique

En vertu du règlement du programme d'assistance-emploi, les prestataires n'ont droit qu'à une prothèse complète ou partielle par maxillaire, par période de 8 ans.

En cas de bris irréparable ou de perte à l'intérieur de la période de huit ans, le remplacement de la prothèse est permis à la **moitié** du tarif prévu. Vous devez alors inscrire la **lettre « R »** dans la case **C.S.** afin d'éviter un refus de paiement.

Le remplacement est payable au tarif prévu, soit à 100%, lorsqu'il est consécutif à une chirurgie buccale. La lettre « **A** » doit alors être présente dans la case **C.S.**. De plus, le numéro et le nom du chirurgien dentiste ou du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doivent être indiqués dans l'espace réservé aux renseignements complémentaires.

Note : Des exemples de facturation sont présentés aux sections 3.2.3.4 à 3.2.3.7 de l'onglet « rémunération à l'acte » du manuel de facturation.

Seules les prothèses acryliques sont payables par la RAMQ. Les prothèses faites d'autres matériaux (ex. : Vitalium) ne sont pas assurées et le patient doit assumer lui-même la **totalité** du coût.

Règle d'application 7.1 : La prothèse est rémunérée lorsqu'elle est mise en bouche.

Note : La date des services correspond à la date de mise en bouche et ce, qu'il s'agisse d'une première prothèse, de la prothèse remplacée ou réparée.

Lorsque la personne assurée ne se présente pas pour la mise en bouche de la prothèse, le professionnel peut obtenir compensation pour la confection ou la réparation; dans ce cas, inscrivez le « **N** » dans la case **C.S.** et référez-vous à la section 3.2.3.3 sous l'onglet «Rémunération à l'acte» pour connaître les renseignements complémentaires et les documents à fournir. Dans le cas d'une confection, vous devez utiliser les codes d'acte de la règle 7.4. La date des services doit être comprise dans la période d'autorisation donnée.

Règle d'application 7.2 : La rémunération pour la prothèse comprend, suite à la mise en bouche, 3 visites de contrôle, si jugé nécessaire.

Règle d'application 7.3 : La confection, le remplacement ou le regarnissage d'une prothèse dentaire sont rémunérés sur présentation par le prestataire, au dentiste, d'une autorisation à cet effet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Le regarnissage n'est payable qu'une seule fois par période de 5 ans.

Note : La **réparation** d'une prothèse ou l'**ajout de structure** à une prothèse partielle ne nécessite aucune autorisation.

Radiographie

Règle d'application 2.9 : La prise de radiographie (tout type), l'interprétation et le coût du matériel font partie de la rémunération de l'examen, de l'examen d'urgence, de la consultation ou de tout autre service assuré.

Restauration sur dent antérieure

Règle d'application 4.4 : Les restaurations en amalgame sont payables seulement sur les classes I (incisive ou linguale) et les classes III (mésiale ou distale).

Les restaurations en matériau esthétique sont payables lorsqu'elles sont effectuées sur les classes I (incisive ou linguale), les classes III (mésiale ou distale), les classes IV (mésiale ou distale), les classes V (buccale ou linguale) et lors de la reconstitution complète du tiers incisif ou de la reconstitution complète d'une dent.

Note : Les restaurations en **matériau esthétique** autres que celles prévues au tarif ne sont pas assurées et le patient doit assumer lui-même la **totalité** du coût.

Restauration sur dent postérieure

Règle d'application 4.10 : Seules les restaurations en amalgame sont payables sur les dents postérieures.

Règle d'application 4.11 : Les restaurations en matériau esthétique sont exceptionnellement payables si elles sont effectuées sur une surface buccale ou mésiale d'une prémolaire supérieure.

Note : Les restaurations en **matériau esthétique** autres que celles prévues au tarif ne sont pas assurées et le patient doit assumer lui-même la **totalité** du coût.

Volet C – RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Note : (5) Ne rien inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT pour les services rendus en clinique ou en cabinet.

1. Identité de la personne assurée
2. Identité du dentiste ayant fourni les services assurés et du professionnel ayant demandé la consultation
3. Diagnostic principal et renseignements complémentaires, CS
4. Date et inscription des services rendus
5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus
6. Signature du dentiste traitant ou de son mandataire

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

Il est important de remplir correctement chaque demande de paiement car la moindre erreur ou omission peuvent entraîner un refus de paiement. En vous référant aux sections inscrites sur le modèle de demande de paiement, veuillez vous assurer que toutes les informations requises y sont inscrites avant de l'acheminer à la Régie.

NUMÉRO DE LA DEMANDE :

Le numéro de la demande de paiement se situe dans le coin supérieur gauche et se compose de 4 chiffres. Pour les demandes acheminées par ordinateur, le logiciel de facturation numérote chaque demande de paiement.

SECTION n°1 – PERSONNE ASSURÉE :

Numéro d'assurance maladie, date d'expiration de la carte

Nom, prénom et date de naissance.

Utiliser le numéro d'assurance maladie inscrit sur le carnet de réclamation si la personne assurée est prestataire du programme d'assistance-emploi.

SECTION n°2 – PROFESSIONNEL :

Initiale, nom du professionnel et numéro de pratique de 7 chiffres
Groupe : numéro de compte administratif, le cas échéant.

Consultation : Pour une demande de consultation, indiquez le nom et numéro de pratique du professionnel ayant demandé la consultation.

SECTION n°3 – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Indiquez à cet endroit les informations exigées pour la facturation de certaines procédures.

Pour refacturer un service, inscrivez le numéro de demande de paiement et la date de l'état de compte sur lequel elle figure ; inscrivez la lettre « B » dans la case C.S.

Pour les prothèses dentaires, vous devez inscrire le numéro et la date de l'autorisation donnée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Il est toujours recommandé de conserver une copie de l'autorisation dans vos dossiers.

SECTION n°4 – SERVICES :

La **date des services** correspond à la **date où les services ont été rendus** ou à la date de la mise en bouche d'une prothèse, **même dans les cas de refacturation.**

Chaque service inscrit doit comporter les données suivantes:

- le code d'acte du service
- le numéro de la dent lorsque la nature du service l'exige
- le numéro de la surface lorsque la nature du service l'exige
- le rôle 1 pour le dentiste responsable de l'acte ou le rôle 4 pour le dentiste assistant
- le modificateur permet de modifier le tarif de certains actes effectués dans certaines situations particulières (voir Onglet – Rémunération à l'acte)
- les unités lorsqu'un AVIS mentionne d'y inscrire une valeur
- les honoraires calculés en tenant compte du rôle et du modificateur s'il y a lieu, et reporter le montant total de toutes les lignes dans la case TOTAL.

SECTION n°5 – ÉTABLISSEMENT :

Inscrire le n° de l'établissement s'il y a lieu; ne rien inscrire si les services sont rendus en clinique ou en cabinet. (Exception : cliniques privées d'anesthésie générale désignées)

SECTION n°6 – SIGNATURE :

La signature du professionnel ou de la personne qu'il a autorisée à signer est requise sur chaque demande de paiement.

Pour autoriser une personne à signer, compléter le formulaire n°3005 (Mandat autorisant un tiers à signer) et l'expédier à la RAMQ.

DÉLAIS ADMINISTRATIFS

Délai de facturation

Il est de **90 jours** à partir de la date des services rendus. Cependant, si une demande de paiement ne figure pas à l'état de compte dans les 45 jours suivant son envoi, veuillez facturer de nouveau afin de respecter ce délai de 90 jours.

Délai de refacturation

Vous devez refacturer une demande de paiement en apportant les modifications nécessaires si tous les services y figurant ont été annulés. Dans le cas où seulement certains services auraient été annulés, ne refacturez que les services ayant fait l'objet de l'annulation.

Le délai pour la refacturation des services est de **90 jours** à compter de la date de l'état de compte sur lequel l'annulation a été signalée. Lors d'une refacturation, vous devez toujours utiliser la demande de paiement n°1670 ou n°1607 en prenant soin d'inscrire un « **B** » dans la case **C.S.** et d'indiquer dans la case « DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », le numéro de la demande de paiement refusée de même que la date de l'état de compte où elle a été refusée.

Délai de révision

Vous pouvez demander une révision lorsque vous désirez contester le montant payé par la RAMQ. Vous pouvez aussi demander une révision lorsque vous désirez fournir des explications additionnelles à l'appui de votre demande, exemples : protocole, radiographies etc. Le délai pour demander une révision des honoraires payés est de **90 jours** à compter de la date de l'état de compte où la décision de la RAMQ vous a été signifiée. Vous devez utiliser le **formulaire n°1549** (Demande de révision ou d'explications) pour demander une révision et l'expédier à l'adresse prévue.

Le formulaire est disponible sur le site Internet à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/chirde/form/form.shtml>

Volet D – PRINCIPALES RÈGLES D'APPLICATION

GÉNÉRAL

Règle 1.4 Frais compensatoire pour anesthésie générale en clinique privée

Tous les actes de restauration et d'endodontie posés sous anesthésie générale sont rémunérés à 81 pour cent (81%) du tarif établi. Lorsque cette règle s'applique, le dentiste a droit au paiement d'un montant forfaitaire de **175\$** par personne assurée comme frais compensatoire pour l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale. Ce montant est applicable une seule fois par période de cent quatre-vingt (180) jours pour une même personne assurée.

Le modificateur 041 (tarif à 81%) doit être utilisé pour chacun des actes de restauration ou d'endodontie sous anesthésie générale.

Seules les cliniques autorisées et désignées ont droit à ce forfait. La liste des cliniques autorisées figure à la fin de l'onglet «Rémunération à l'acte» du manuel de facturation.

Règle 1.5 Numérotation des dents permanentes, primaires et surnuméraires

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

Dents permanentes															
(supérieur droit)							(supérieur gauche)								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
(inférieur droit)							(inférieur gauche)								
Dents primaires							Dents primaires								
(supérieur droit)					(supérieur gauche)										
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
(inférieur droit)					(inférieur gauche)										

Règle 1.10 Renvoi à un pédodontiste

Lorsqu'un enfant de moins de dix (10) ans est orienté vers un pédodontiste par un dentiste généraliste, le **pédodontiste** a droit à un montant forfaitaire de 35\$ par séance de traitement curatif jusqu'à concurrence de deux (2) séances par personne assurée, par pédodontiste, par période de vingt-quatre (24) mois. Si, au cours d'une séance, le pédodontiste a recours à l'anesthésie générale, cette règle ne s'applique pas.

Le numéro de professionnel du **dentiste référant** doit être inscrit dans la case appropriée sur la demande de paiement. Le code de forfait doit être facturé la **même journée** que celle où le traitement curatif a eu lieu. (actes de restauration, d'endodontie ou de chirurgie)

Règle 2.5 Examen d'urgence

Le dentiste doit indiquer sur sa demande de paiement le motif de l'examen d'urgence, si au cours de la même séance il n'a dispensé aucun service assuré de restauration, d'endodontie ou de chirurgie.

RESTAURATION ET ENDODONTIE

Règle 4.2 Code spécifique

Le dentiste utilise le code spécifique lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie :

- sur les centrales et les latérales primaires d'un enfant âgé de **5 ans ou plus**
- sur les canines et molaires primaires d'un enfant âgé de **9 ans ou plus**.

Pour les centrales et latérales primaires d'un enfant âgé de **9 ans ou plus** et pour les canines et molaires primaires d'une personne assurée âgée de **12 ans ou plus**, le dentiste fournit **une note explicative** sur la demande de paiement lorsqu'il effectue un service de restauration ou d'endodontie.

Règle 4.8 Obturation

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**.

Note : Le code de la valeur de base doit être inscrit sur la même demande de paiement que le code d'obturation lequel doit toujours être accompagné d'un numéro de dent et d'un numéro de surface.

Règle 4.9 Valeur de base

Une seule valeur de base est rémunérée par dent par période de 365 jours.

Note : Le code de la valeur de base doit être accompagné du numéro de dent, seulement.

Règle 4.10 Surface

Une même surface par dent est rémunérée une fois par période de 365 jours.

Note : Lors de la facturation d'une combinaison de surfaces, veuillez ne pas considérer les surfaces déjà réclamées dans les 365 jours précédents.

CHIRURGIE

Règle 6.1 Acte chirurgical

La rémunération pour un acte chirurgical comprend la rémunération pour les soins pré-opératoires, l'acte chirurgical lui-même, tout examen post-opératoire et les soins post-opératoires, à l'exclusion des actes de chirurgie post-opératoires.

La rémunération de l'examen, l'examen d'urgence ou la consultation n'est incluse dans la rémunération de l'acte chirurgical que s'il s'agit d'un examen de suivi post-opératoire.

Règle 6.3 Soins post-opératoires confiés

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 premier est fixée à 90% de la prestation payable pour cet acte chirurgical (modificateur 013 – 90%) et celle du second à 10% de la prestation payable également pour ce même acte (modificateur 014 – 10%).

Règle 6.4 Chirurgies multiples au cours d'une même séance

À moins qu'il n'en soit fait mention différente aux règles d'application du tarif, lorsqu'au cours d'une séance, plusieurs actes chirurgicaux sont posés pour un bénéficiaire par le même dentiste, ces actes sont rémunérés à raison de 100 % du tarif établi pour le premier acte ou pour l'acte le plus tarifé et de 50 % du tarif établi pour chacun des autres actes (MODIF=050).

Volet E – PAIEMENT ET ÉTAT DE COMPTE

MODALITÉS DE PAIEMENT

Paieement

Les paiements s'effectuent aux 2 semaines. Les chèques et les dépôts directs sont disponibles le mardi suivant la date de l'état de compte.

Le calendrier des dates de paiement est disponible dans le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante : http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/cal_fact/calpro.shtml

Mode de paiement

Les paiements sont effectués en versant les honoraires directement au compte du dentiste dans une institution bancaire ou financière. Ils peuvent être effectués par chèque à la demande du dentiste. Pour adhérer sans frais au dépôt direct, et ainsi éviter les retards postaux, compléter le formulaire n° 2914 (autorisation de paiement par dépôt direct) et joindre un spécimen de chèque personnalisé. Les comptes conjoints ne sont pas acceptés.

Délai de paiement

Lors de la préparation d'un paiement, les systèmes acceptent les demandes de paiement papier reçues depuis 21 jours ou plus avant la date d'un paiement. En ce qui concerne la facturation informatisée via une ligne téléphonique, ils acceptent les demandes de paiement reçues depuis 11 jours ou plus avant la date d'un paiement permettant ainsi d'y inclure plus de demandes.

ÉTAT DE COMPTE

L'état de compte fournit l'information sur le montant total du paiement de même que l'information détaillée sur les demandes de paiement reçues et traitées. Il peut être obtenu par télécommunication via une ligne téléphonique ou par la poste.

Régie de l'assurance-maladie du Québec Case postale 6600, Québec (Québec) G1K 7T3																				
ÉTAT DE COMPTE																				
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE																				
UNTEL ROBERT										0-00000-0		0000		00000000 C		97-09-19				
										97-08-29 (P)		OR-38		DE 002		PAGE 002				
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	BÉNÉFICIAIRE	CODE TRA	EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	BÉNÉFICIAIRE	CODE TRA	EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	BÉNÉFICIAIRE	CODE TRA	EXPL	MONTANT PAYÉ
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																				
0855	70808		PRUS	03		128,25	0861	70929		DALC			30,75	0870	70929		MARA			30,75
0856	70808		CHAY			30,75	0862	70929		BOIF			35,00	0871	70929		THEM			30,75
0857	70808		LECN			12,00	0863	70929		VANW	02		30,75	0872	70929		THES			30,75
0858	70808		COUI			42,50	0865	70929		LOYN			30,75	0873	70929		LEVM			30,75
0859	70808		PAYC			30,75	0866	70929		BOIF			28,50							
0860	70818		PAYK			30,75	0869	70929		LEFA			63,50							

- 1a) Numéro qui figure sur la demande de paiement que vous nous avez expédiée
- 2a) Date de réception de votre demande de paiement à la RAMQ
- 3a) Code d'acte pour lequel un refus, une modification ou une révision sont signifiés
- 4a) Quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée
- 5a) Code de transaction et message explicatif
- 6a) Montant payé ou récupéré.

LISTE DES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES (messages explicatifs)

117 Prestataire non admissible à un programme d'aide de dernier recours à la date des services. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

Précision : La personne qui n'est pas inscrite au programme d'assistance-emploi à la date des services n'est pas admissible à recevoir des soins dentaires. La personne ne pouvant fournir de carnet valide certifiant son admissibilité doit assumer le coût des services reçus.

Voir le Volet A « Admissibilité des bénéficiaires - Prestataire d'assistance-emploi ».

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 à un programme d'aide de dernier recours (Aide sociale), n'est pas respecté. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.

Précision : La personne n'est pas admissible à recevoir des services dentaires pendant le délai de carence. Vérifier la date de début des soins dentaires couverts sur le carnet de réclamation. S'il est indiqué que la personne est couverte à la date des services, demandez une révision (formulaire n° 1549) et joignez une copie du carnet. Si la personne n'est pas couverte à la date des services mais qu'il s'agit de soins urgents répondant aux conditions de l'article 36.1 du Règlement d'application sur la Loi sur l'assurance maladie, vous devez réclamer l'examen et les services rendus en urgence sur la même demande de paiement et placer la lettre « D » dans la case C.S.

Voir le Volet A « Admissibilité des bénéficiaires - Prestataire d'assistance-emploi ».

370 L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte réclamé sur cette ligne.

Précision : L'erreur se situe généralement au niveau du code d'acte réclamé. La règle d'application 4.2 indique les situations où le code d'acte **spécifique** doit être utilisé selon l'âge de la personne et le type de dent restaurée au lieu du code d'acte régulier. Si la personne est visée par la règle d'application 4.2, vous devez utiliser le code spécifique qui se retrouve dans le manuel tout juste à droite du code régulier.

Voir le Volet D « Principales règles d'application - Restauration et endodontie ».

408 Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

Précision : Généralement, l'erreur se situe au niveau du numéro de dent. En facturant le mauvais numéro de dent, un service pourrait être incompatible avec un acte déjà réclamé par un autre dentiste. Par exemple, si vous réclamez des services effectués en inscrivant par erreur le numéro d'une dent qui a déjà été extraite par un autre dentiste, le système refusera le paiement. Cependant, il est possible que l'erreur ait été commise par l'autre dentiste. Dans cette situation, demandez une révision en prenant soin de joindre les radiographies.

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.

Précision : Le système refuse de payer la valeur de base (21999 ou 23999) car aucune restauration n'a été facturée pour la dent concernée ou encore la restauration a été refusée. Il suffit de corriger l'erreur au niveau du service de restauration et de refacturer la restauration et la valeur de base en suivant les instructions de refacturation.

Voir le Volet C « Rédaction de la demande de paiement - Délai de refacturation ».

501 Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la dent est absent.

Précision : La facturation de ce code d'acte exige que le numéro de dent soit indiqué. Voir le Volet D « Principales règles d'application - Général (Règle 1.5) ».

505 Le numéro de dent n'est pas acceptable pour ce code d'acte.

Précision : Le code d'acte réclamé n'est pas compatible avec le numéro de dent inscrit. Veuillez vérifier s'il n'y a pas eu erreur de numéro de dent ou une erreur de code d'acte.

526 Ce code d'acte ne peut être évalué parce que le numéro de la surface est absent.

Précision : La facturation de ce code d'acte exige la présence du numéro de surface. Vérifier et indiquer le numéro de surface qui s'applique à l'acte réclamé. Voir au besoin les règles d'application 4.4 et 4.7 dans le manuel de facturation.

530 Le numéro de surface est incompatible avec le code d'acte réclamé.

Précision : Le numéro de surface indiqué n'est pas compatible avec le code d'acte réclamé. Veuillez vérifier s'il n'y a pas eu erreur de numéro de surface ou une erreur de code d'acte. Voir au besoin les règles d'application 4.4 et 4.7 dans le manuel de facturation.

619 Conformément au délai prescrit entre les deux (2) actes.

Précision : Le délai entre l'acte réclamé sur cette demande et celui déjà réclamé sur la demande de paiement indiquée en référence (code TRA 00) est trop court et ne respecte pas le délai établi aux différentes règles d'application. Voir le Volet B « Services dentaires assurés – Règles d'application sur les délais ».

Volet F - COMPTES ADMINISTRATIFS ET PAIEMENT PAR DÉPÔT DIRECT

COMPTES ADMINISTRATIFS

Pratique personnelle

Le compte administratif sert principalement à comptabiliser séparément différentes parties de la pratique d'un professionnel. Ainsi le professionnel qui exerce dans des cabinets différents peut demander à ce que ses gains se retrouvent sur des états de compte et des paiements différents (chèque ou dépôt direct).

Pour ce faire, il doit remplir la **partie 3** du formulaire n° 3006 (demande d'un compte administratif ou avis de pratique en groupe). La RAMQ attribuera alors un numéro de compte administratif qui par la suite doit être inscrit dans le champ «Groupe» de la demande de paiement. De cette façon, les demandes ne comportant aucun numéro de groupe et celles qui en comporteront un seront payées sur des états de compte différents.

Pratique en groupe

Si plusieurs chirurgiens-dentistes veulent former un groupe pour identifier leurs activités, ils doivent remplir et signer la **partie 1** du formulaire n° 3006 et mentionner le nom du groupe. Un seul formulaire est nécessaire pour l'ensemble des professionnels.

Chaque chirurgien-dentiste qui s'ajoutera au groupe remplira la **partie 2** du formulaire n° 3006. Les professionnels faisant déjà partie du groupe n'auront pas à signer de nouveau ce document.

PAIEMENT PAR DÉPÔT DIRECT (SANS FRAIS)

Pratique personnelle

Pour autoriser le paiement par dépôt direct et ainsi éviter les retards postaux, le professionnel remplit le formulaire n° 2914 (autorisation de paiement par virement automatique) en prenant soin d'identifier son nom et son numéro de pratique ainsi que le numéro des comptes administratifs personnels auxquels le dépôt s'appliquera. Les paiements de plusieurs comptes administratifs peuvent être déposés dans le même compte bancaire. À défaut de fournir un spécimen de chèque (les photocopies ne sont pas acceptées) avec le formulaire n° 2914, le chirurgien-dentiste doit faire remplir la partie au bas du formulaire par l'institution bancaire ou financière. Les comptes conjoints sont acceptés.

Pratique en groupe

Les paiements effectués en regard d'un groupe de professionnels peuvent être déposés dans un seul compte en autant que ce compte porte le nom du groupe ou que l'institution bancaire ou financière certifie que les membres du groupe sont tous titulaires de ce compte.

Le formulaire n° 2914 doit alors être rempli et signé par tous les professionnels du groupe. Le numéro de compte administratif déjà attribué par la RAMQ doit y être inscrit.

Le formulaire n° 3004 (paiement à l'ordre d'un tiers) doit être rempli et signé par tous les membres du groupe. Chaque professionnel qui se joindra au groupe devra remplir ces deux formulaires (n° 2914 et n° 3004). Toutefois, il n'est pas nécessaire de refaire signer tous les autres professionnels.

Volet G - FACTURATION INFORMATISÉE

Il est possible pour le chirurgien-dentiste d'utiliser un logiciel de facturation afin de faciliter le complètement des demandes de paiement et de réduire ainsi les erreurs de facturation.

Les logiciels conçus spécialement pour les chirurgiens-dentistes valident les données et détectent les erreurs de saisie, de codes, de numéro d'assurance maladie, par exemple.

Une liste des fournisseurs de logiciels est disponible sur le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/devlog/fact/fact1.shtml>

AVANTAGES DE LA FACTURATION INFORMATISÉE

Rapidité

L'élimination de plusieurs étapes de traitement et la possibilité de corriger rapidement les demandes inexacts accélèrent le paiement des honoraires d'environ dix jours.

Intégrité

Comme les données que traite la RAMQ sont celles qui lui sont transmises, il n'y a aucun risque d'erreurs de transcription ou de saisie.

Sécurité

Le mode de transmission par Internet (TIP-I) permet non seulement d'éliminer les risques de perte de courrier mais aussi de recevoir une confirmation immédiate de la réception des données.

Efficacité

Vous n'avez plus à signer chaque demande de paiement. Désormais, une seule signature apposée sur le document de facturation imprimé lors de la transmission des données suffit. Qui plus est, la conciliation automatique des états de compte facilite le suivi comptable.

FORMULAIRES À REMPLIR POUR LA FACTURATION INFORMATISÉE

- **Description du système de facturation informatisée ([n° 2102](#))**

Ce formulaire fournit à la RAMQ des renseignements sur le développeur du logiciel retenu ainsi que sur les détails techniques concernant l'ordinateur, le système d'exploitation et la version du logiciel.

La RAMQ attribuera à votre clinique un numéro d'agence (**AGPxxxxx**) afin de pouvoir identifier la transmission de vos données de facturation.

- **Demande d'accréditation – facturation informatisée (n° 2404)**

La signature de ce formulaire vous engage solennellement à respecter le Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie.

IMPORTANT : Tous les professionnels d'un groupe qui veulent informatiser la facturation de leurs demandes de paiement doivent signer ce formulaire.

- **Renseignements requis pour la facturation informatisée (n° 2746)**

Ce formulaire permet d'indiquer à la RAMQ quelle clinique (numéro d'agence) sera responsable de la facturation et de la réception des états de comptes pour votre pratique personnelle ou pour la pratique rattachée à vos groupes administratifs le cas échéant.

IMPORTANT : Tous les professionnels d'un groupe qui veulent informatiser la facturation de leurs demandes de paiement doivent compléter et signer ce formulaire.

ACTIVITÉS RELIÉES À UNE TRANSMISSION

Chronologie des activités de transmission par télécommunication

1. Entrée des données de facturation dans votre ordinateur
2. Constitution d'un lot en utilisant l'option dans votre logiciel
3. Impression du document de facturation avant son envoi à la RAMQ
4. Signature du document de facturation par le professionnel pour vos dossiers
5. Envoi du lot de demandes de paiement à la RAMQ
6. Récupération du rapport d'erreur de prévalidation le lendemain de la transmission
7. Demande de l'état de compte à la RAMQ.

L'accès au réseau peut se faire en tout temps. Des arrêts temporaires peuvent toutefois survenir lors de l'entretien du réseau le soir ou la fin de semaine. **N.B. L'assistance téléphonique est offerte du lundi au vendredi de 08h30 à 16h30 sauf les jours fériés.**

Vous avez la **possibilité d'annuler un lot transmis par erreur** si vous le faites avant 18h00 le jour de l'envoi. Pour ce faire, vous devez accéder au panorama du « Suivi des échanges ».

Le **rapport d'erreur** de prévalidation est disponible le lendemain d'un envoi complété avant 18 h. L'**état de compte** est disponible le jour même de l'émission d'un chèque soit le vendredi de chaque paiement.

Une fois produits, les rapports d'erreur et les états de compte sont disponibles pendant au moins 6 mois après leur date d'émission. Vous pouvez redemander un rapport ou un état de compte déjà transmis en accédant au panorama du « Suivi des échanges » et indiquant le statut « à transmettre ». Pour réactiver un rapport ou un état de compte qui n'est plus accessible via le panorama du « Suivi des échanges », communiquez avec le Service de l'information aux professionnels.

Votre code d'accès est suspendu après 35 jours de non-utilisation. Pour le réactiver, communiquez avec le Service de l'information aux professionnels.

Votre mot de passe est expiré après 90 jours. Vous pouvez le modifier en ligne. En cas d'oubli du mot de passe, communiquez avec le Service de l'information aux professionnels.

QUI APPELER EN CAS DE BESOIN?

Facturation informatisée (TIP-I)	
PROBLÈMES	PERSONNES-RESSOURCES
<u>ORDINATEUR, IMPRIMANTE</u>	
Renseignements <ul style="list-style-type: none">fonctionnement et utilisation	Contactez votre fournisseur d'équipements
<u>LOGICIELS</u>	
Renseignements <ul style="list-style-type: none">fonctionnement ou utilisationmodifications	Contactez votre fournisseur de logiciel
<u>INTERNET</u>	
<ul style="list-style-type: none">Information relative à votre contrat	Contactez votre fournisseur de service Internet
<ul style="list-style-type: none">Accès à la RAMQ- si vous pouvez accéder à d'autres sites sur internet	Contactez le service de l'information aux professionnels de la RAMQ <i>(voir les coordonnées sur la page suivante)</i>
<ul style="list-style-type: none">- si vous ne pouvez accéder à aucun site	Contactez votre fournisseur de service Internet
<u>IDENTIFIANTS</u>	
<ul style="list-style-type: none">Identifiant TIP-I verrouillé	Contactez le service de l'information aux professionnels de la RAMQ <i>(voir les coordonnées sur la page suivante)</i>
<ul style="list-style-type: none">Identifiant MACHINE verrouillé	Contactez votre fournisseur de logiciel
<u>MOT DE PASSE</u>	
<ul style="list-style-type: none">violation du mot de passeoubli du mot de passe	Contactez le service de l'information aux professionnels de la RAMQ <i>(voir les coordonnées sur la page suivante)</i>

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- inscription du professionnel
- formulaires à compléter
- aide à la compréhension des données inscrites sur les états de compte
- information sur la facturation informatisée

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

- problèmes de performance du réseau
- incapacité de transmettre ou de recevoir des données
- mot de passe invalide
- confirmation de réception et de traitement des envois
- confirmation de la disponibilité des états de compte

RAMQ – Service de l'information aux professionnels de la santé

Québec et région : (418) 643-8210

Montréal et région : (514) 873-3480

Ailleurs au Québec (sans frais) :

1 800 463-4776

Courriel :

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Site Internet :

www.ramq.gouv.qc.ca

AIDE-MÉMOIRE

Complétez les informations concernant votre système de facturation informatisée. **Ayez toujours sous la main ces renseignements lorsque vous appelez à la RAMQ.**

Votre numéro d'agence : AGP _____

Fournisseur de logiciel : _____ Téléphone : () ____ - _____

Fournisseur Internet : _____ Téléphone : () ____ - _____

N° compte administratif ou n° groupe, s'il y a lieu : _____

Identification des chirurgiens-dentistes de la clinique

<u>Nom</u>	<u># pratique</u>	<u>Nom</u>	<u># pratique</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____