

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. ENTENTE : <i>Voir la Brochure n° 1</i>	
2. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES, À LA VACATION OU AU TARIF HORAIRE : <i>Voir la Brochure n° 2</i>	
3. A) MESURES INCITATIVES : <i>Voir la Brochure n° 3</i>	
4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (rémunération à l'acte)	
4.0 AVANT-PROPOS	1
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	1
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	2
4.2.1 Identité de la personne assurée	2
4.2.1.1 Carte d'assurance maladie	2
4.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	2
4.2.1.3 Modèles de carte	3
4.2.1.4 Vérification de la carte (validité)	5
4.2.2 Médecin ayant fourni les services assurés	7
4.2.3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin	8
4.2.4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires	9
4.2.4.1 Document complémentaire	10
4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs	11
4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (lettre « Q »)	12
4.2.5 Établissement	14
4.2.6 Facturation des actes	15
4.2.6.1 Anesthésie (<i>rôle 2</i>) (anesthésiste principal)	17
4.2.6.2 Anesthésie (<i>rôle 3</i>) (anesthésiste collaborateur)	18
4.2.6.3 Anesthésie (<i>mod 37</i>) (remplaçant en cours d'intervention)	19
4.2.6.4 Anesthésie (<i>mod 130</i>) (suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire)	20
4.2.6.5 Modificateurs (<i>voir aussi annexe II à 4.6.2</i>)	21
4.2.6.6 Intervention en situation complexe au service d'urgence	22
4.2.7 Cas spécial; cas de la CSST; distance	27
4.2.8 Visites	29
4.2.9 Total des honoraires	30
4.2.10 Signature	30
4.3 EXPÉDITION	30
4.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE	31
4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE : <i>voir la Brochure « Services de laboratoire en établissement » et l'onglet « Formulaires » du présent manuel</i>	32
4.6 ANNEXES (<i>I à V</i>)	32
4.6.1 Annexe I : Liste des rôles	32
4.6.2 Annexe II : Liste des modificateurs	32
4.6.3 Annexe III : Lettres s'appliquant à la case CS et leur signification	44
4.6.4 Annexe IV : Numéro d'établissement	46

	<i>Page</i>
4.6.5 Annexe V : Remboursement des frais de déplacement	48
4.6.5.1 Rémunération à l'acte	48
4.6.5.2a) Formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement (n° 1988) »	50
4.6.5.2b) Description du formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement (n° 1988) »	51
4.7 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE	1
4.7.1 Liste des localités	5
5. PAIEMENT (rémunération à l'acte)	
5.1 MODE DE PAIEMENT	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
5.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
5.3.1 Le retour d'erreur à l'agence	1
5.4 ÉTAT DE COMPTE	2
5.4.1 Description	3
5.4.2 Vérification des paiements	7
5.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	7
5.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	7
5.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	7
5.5.3 Paiement refusé en partie	7
5.5.4 Paiement refusé en totalité	7
5.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	8
5.7 CODES DE TRANSACTIONS	9
5.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT	10
6. MESSAGES EXPLICATIFS	1
6.1 MESSAGES EXPLICATIFS / ASSURANCE RESPONSABILITÉ	2
6.2 MESSAGES EXPLICATIFS / SERVICES MÉDICAUX	5

	<i>Page</i>
7. DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
A- Préambule général	
B- Consultation et examen	
# B-1 Activités cliniques préventives	
C- Actes diagnostiques et thérapeutiques	
D- Préambule particulier, anesthésie-réanimation	
E- Chirurgie, préambule particulier	
F- Peau-phanères - tissu cellulaire sous-cutané	
G- Appareil musculo-squelettique, préambule particulier	
H- Système respiratoire	
J- Système cardiaque	
K- Système lymphatique et hématopoïétique	
L- Système digestif	
M- Appareil urinaire	
N- Appareil génital mâle	
P- Gynécologie	
Q- Obstétrique, préambule particulier	
R- Appareil glandulaire	
S- Système nerveux, préambule particulier	
T- Appareil visuel	
U- Appareil auditif	
V- Radiologie, préambule particulier	
8. FORMULAIRES	1