

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (Formulaire n° 1200)

4.0 AVANT-PROPOS

- La Régie fait parvenir à tous les médecins assujettis à la rémunération à l'acte une provision de demandes de paiement. Le médecin peut en demander un nouvel approvisionnement à la Régie, au besoin, en utilisant Internet, le système téléphonique INFO-PROF ou le formulaire n° 1491 **Commande de formulaires**. Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.
- **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**
- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la **machine à écrire** ou en **lettres moulées**.
- Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.
- Incrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 23 mars 2003 s'écrit 03-03-23.
- **Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).**

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec											
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		①		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		①		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	DATE DE NAISSANCE		①		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	ADRESSE		①		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	INIT. NOM DU MÉDECIN		②		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	NUMÉRO		②		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	GROUPE		②		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	DATE DE L'ACCIDENT		⑦		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		③		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
	SON NUMÉRO		③		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		④		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES		
CODE DU DIAGNOSTIC		④		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES		
⑤		ÉTABLISSEMENT		⑤		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES
DATE D'ENTRÉE		⑤		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES		
DATE DE SORTIE		⑤		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES		
TOTAL		⑨		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES		
⑩		⑩		ANNÉE	MOIS	JOUR	PPA	CODE	ACTES	R	MOD	VISITES	HONORAIRES		

1. Identité de la personne assurée;
2. Médecin ayant fourni les services assurés;
3. Professionnel ayant requis des services d'un médecin;
4. Diagnostic et renseignements complémentaires;
- # 5. Code de l'établissement, du cabinet ou de la localité où les services sont fournis;
6. Actes (et les visites facturées avec un modificateur);
7. Date de l'accident, de l'événement ou du retrait préventif (CSST), C.S., distance;
8. Visites, i.e. examens et consultations;
9. Total des honoraires demandés;
10. Signature du médecin ayant fourni les services assurés ou de son mandataire.

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

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

4.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Remarque : Le mot « **Bénéficiaire** » est remplacé par l'expression « **Personne assurée** » aux endroits appropriés.

Section conçue pour recevoir, outre l'adresse, tous les éléments figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

- Numéro d'assurance maladie;
- Prénom et nom à la naissance;
- Nom de l'époux (facultatif) et/ou N° séquentiel de la carte;
- Expiration (date d'expiration de la carte : année-mois);
- Date de naissance : année, mois, jour;
- Sexe : « F » pour féminin; « M » pour masculin;
- Adresse : numéro de la porte et nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), nom de la ville ou du village et le code postal.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		BENP 4807 0816		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		Pierre Bénéficiaire		ACTES		RÉGIE	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		03		2008 07		ANNÉE MOIS JOUR PPS CODE	
DATE DE NAISSANCE		48 07 08 M		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
ADRESSE/CODE POSTAL		100 rue Fictive, Québec		G,9 W,9 W,9		ANNÉE MOIS JOUR	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		ANNÉE MOIS JOUR		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		ANNÉE MOIS JOUR		VISITES	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		TOTAL	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

(JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.)

4.2.1.1 Carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie **valide**.

4.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

1. Le numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. Le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
3. Le nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
4. La date d'expiration de la carte;
5. La date de naissance et le sexe;
6. Photographie ou signature;
7. Hologramme;

4.2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés. Il est important de valider **la date d'expiration** avant de rendre des services assurés.

Remarque : Veuillez noter que depuis le 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.

a) **AVEC PHOTO** et **SIGNATURE**

Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) **SANS PHOTO** et **SANS SIGNATURE**

Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus;
- Personne assurée hébergée en établissement;
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour raison d'ordre médical;

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour raison d'ordre médical.

4.2.1.4 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**

1- Vérification de la photo et la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800*.

2- Vérification de la date d'expiration

- a) Si la date d'expiration est postérieure à la date des services

Utiliser l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

- b) Si la date d'expiration est antérieure à la date des services

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

- a) L'enfant est âgé de moins d'un an :

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

° **Exception** : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **toujours** inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.* (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);

- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (**ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

- # b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire le numéro d'assurance sociale si disponible dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
 - inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.*
- # c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à la section 4.6.4, sous-section II, « Système de codification des établissements » :
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.*
- d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.*
- e) Personne en provenance d'un pays étranger 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 le programme confié à la Régie par le MSSS :
- vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
 - inscrire la lettre « **J** » dans la case *C.S.*
- En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. (**Ne pas remettre** de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800*).

2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie de la *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie. (Voir section 4.4)

4.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

0989 232

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

ANNÉE MOIS JOUR JOUR CODE ACTES ANNÉE MOIS UNITÉS PONDÉRÉS

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR JOUR ANNÉE MOIS JOUR JOUR EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

INTI NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES

R UNTEL 1811291

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

- INITIALE : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres**⁽¹⁾ est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un médecin de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

Le médecin qui désire obtenir un numéro de compte administratif individuel ou adhérer à un groupe existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire n° 3006 « Demande de compte administratif et avis de pratique en groupe ». Il ne doit utiliser un numéro de compte administratif (individuel ou collectif) sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

⁽¹⁾ : Avant le 31 mars 2009, le numéro de compte comportait 4 chiffres, le médecin peut continuer à utiliser ce numéro à 4 chiffres pour sa facturation. Toutefois, à l'état de compte la Régie ajoutera automatiquement un « 0 » devant les 4 chiffres du n° de compte.

4.2.4 SECTION 4

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Cette section sert à inscrire le ou les diagnostics ainsi que tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile à l'appréciation de la demande de paiement.

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

ANNÉE MOIS JOUR TR/A CODE ACTES AL MOIS UNITES HONORAIRES

DATE DE NAISSANCE ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE ANNEE MOIS JOUR EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES CODE NOMBRE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

5 7 4 2

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

LE CERTIFIÉ AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Inscrire le ou les diagnostics selon la terminologie ou la codification de la Classification Internationale des Maladies.

- 1) S'il n'y a aucune pathologie, inscrire dans la case appropriée le code V70.0 pour un adulte ou V20.2 pour un enfant ou encore, « état normal ».
- 2) S'il n'y a qu'un seul diagnostic, inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC ou le nom dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 3) S'il y a plusieurs diagnostics, inscrire le code du diagnostic principal dans les cases appropriées ou le nom en le soulignant et les autres diagnostics par leur code ou leur nom, selon leur influence sur le pronostic et sur le traitement.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Le professionnel de la santé doit préciser dans cette case l'heure du début et l'heure de la fin de tout acte anesthésique pour lequel il demande paiement (voir l'exemple de facturation d'une anesthésie figurant à la section 4.2.6 sous le présent onglet).

Par ailleurs, tout renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement, tel les soins d'urgence, ou lorsqu'exigé par le libellé de l'acte ou par un **AVIS**.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire n° 1944, « **Document complémentaire** »; inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et joindre le document à la demande de paiement (voir 4.2.4.1, à la page suivante).

4.2.4.1 Document complémentaire - Considération spéciale (Formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de l'assurance maladie Québec			
NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦	

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin (comme il est inscrit sur son imprimante) ayant fourni les service;
2. N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : N° du médecin (7 chiffres);
- # 3. NUMÉRO DU GROUPE : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu (*voir définition du GROUPE à l'article 4.2.2 - Section 2*);
4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros concernés et joindre une copie à chaque demande à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
5. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : prénom au complet et nom de famille à la naissance;
6. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
7. DATE DU SERVICE : inscrire la date où les services ont été 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 médecin ou son mandataire.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement ou demande de révision ou d'explications, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint.

4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

La *Demande de paiement - Médecin n° 1200*, se rédige comme suit :

- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : le code ZZZZ01010112;
- C.S. : la lettre « **A** »;
- DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro d'assurance maladie des autres personnes assurées traitées et l'heure de début et de fin du traitement s'il y a lieu. Si l'espace est insuffisant utiliser le *Document complémentaire n° 1944*;
- # UNITÉS : selon la nomenclature de l'acte, indiquez **soit le nombre de personnes** traitées (ex. : code **00780**) **ou le nombre de périodes** (ex. : code **09057**);
- HONORAIRES : le calcul des honoraires doit être effectué selon le nombre de personnes traitées **ou** le nombre de périodes (voir les exemples **A** et **B**).
- # **A** : Code **00780** : Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques ... 5,20 \$ par heure, par patient.
Calcul = **3 heures** de traitement pour **2 personnes** : 3 X 5,20 X 2 = 31,20 \$

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ZZZZ 01010112		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		00780 1	
DATE DE NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR		UNTES HONORAIRES	
ADRESSE		ANNEE MOIS JOUR		0 0 2 31:20	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		TOTAL	
CLOD 3160 0919		BENE 4127 0818 (9 h à 12 h)		31:20	
ETABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR	

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

- # **B** : Code **09057** : Conseil génétique ou génique, par période de 30 minutes
Calcul = **une seule période** pour **2 personnes** : 1 X 30 min = 51,75 \$

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ZZZZ 01010112		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		09057 1	
DATE DE NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR		UNTES HONORAIRES	
ADRESSE		ANNEE MOIS JOUR		0 0 1 51:75	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		TOTAL	
CLOD 3160 0919		BENE 4127 0818		51:75	
ETABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR	

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Remarque : Pour les agences de facturation, voir Manuel de facturation informatisée.

4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (LETTRE Q)

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

La lettre « Q » permet au médecin qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plusieurs fois à une personne assurée soit **au cours de la même séance ou 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. Elle ne remplace pas l'emploi du modificateur **094** (séances différentes) lorsqu'il s'applique au service facturé.

EXEMPLE 1

1^{re} demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ABCD 5662 0419		Régie de l'assurance maladie Québec													
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0869	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	9	3	0	0	1	22:60
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	EXPIRATION DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
	ADRESSE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	CODE POSTAL			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
	INT. NOM DU MÉDECIN			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NUMÉRO			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
	GROUPE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	DATE DE L'ACCIDENT			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO			DATE DE L'ACCIDENT			VISITES	CODE	NUMÉRO						
			1, 2, 3, 4, 5, 6														
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC														
Absès : dos, fesse, bras droit et bras gauche																	
#										EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		45:20			
ÉTABLISSEMENT			DATE DE SORTIE			JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.											
CODE			ANNÉE			DATE DE L'ACCIDENT											
6, 2, 0, 1, 4																	
						SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE											

2^e demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ABCD 5662 0419		Régie de l'assurance maladie Québec													
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0869	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	9	3	0	0	1	11:30
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	EXPIRATION DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
	ADRESSE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	CODE POSTAL			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
	INT. NOM DU MÉDECIN			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NUMÉRO			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
	GROUPE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	DATE DE L'ACCIDENT			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	11:30	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO			DATE DE L'ACCIDENT			VISITES	CODE	NUMÉRO						
			1, 2, 3, 4, 5, 6														
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC														
#										EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		11:30			
ÉTABLISSEMENT			DATE DE SORTIE			JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.											
CODE			ANNÉE			DATE DE L'ACCIDENT											
6, 2, 0, 1, 4																	
						SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE											

EXEMPLE 2

1^{re} demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 0989

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

ANNEE MOIS JOUR PH CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR

ANNEE MOIS JOUR PH CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

INT. NOM DU MEDECIN NUMERO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

1122334

PROFESSIONNEL REFERANT SON NUMERO ANNEE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

1,2,0,1 12 00097 0,1 50:90

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

1,2,0,1 13 00056 0,1 28:10

1,2,0,1 12-12-12-13-13-13-13 00005 0,7 93:45

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 172:45

CODE ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR

0,9,9,9,1

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MEDECIN OU DE SON MANDATAIRE

2^e demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 0989

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

ANNEE MOIS JOUR PH CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR

ANNEE MOIS JOUR PH CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

INT. NOM DU MEDECIN NUMERO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

1122334

PROFESSIONNEL REFERANT SON NUMERO ANNEE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

1,2,0,1 10 00005 0,1 13:35

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 13:35

CODE ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR

0,9,9,9,1

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MEDECIN OU DE SON MANDATAIRE

4.2.6 SECTION 6 FACTURATION DES ACTES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

0809 030 1200 1300 DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR P.H. CODE ACTES MOD UNITÉS HONORAIRES

1 2 0 1 1 0 05269 1 11 35

ANNÉE MOIS JOUR P.H. CODE ACTES MOD UNITÉS HONORAIRES

1 2 0 1 1 0 01156 1 0 5 0 11 35

EXPIRATION DE LA CARTE CODE POSTAL

ANNÉE MOIS JOUR

1 2 0 1 1 0

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 447:35

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

Les actes autres que les examens ou les consultations pour lesquels le médecin demande des honoraires. Cependant, les **codes d'examens ou de consultations** pour lesquels s'applique un **modificateur** doivent être inscrits dans cette section.

Si le médecin réclame des honoraires pour un seul **code d'acte**, il l'inscrit sur la **première ligne**. Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants, s'il y a lieu :

- ANNÉE, MOIS, JOUR : date de l'acte (six chiffres);
- P.H. : les plages horaires applicables à la rémunération mixte et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de minuit à 7 h (nuit)	1
de 7 h à 12 h (A.M.)	2
de 12 h à 17 h (P.M.)	3
de 17 h à minuit (soir)	4

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.

Remarque : En rémunération mixte, tous les services doivent être facturés dans la section **Actes** de la demande de paiement.

Pour celui qui ne travaille pas en rémunération mixte, ne rien inscrire dans cette case.

- CODE : code de l'acte, quatre ou cinq chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- RÔLE : (R : un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'annexe I (4.6.1);
- MODIFICATEUR : (MOD : trois chiffres) : voir l'annexe II (4.6.2) du présent onglet;

- UNITÉS : (trois chiffres) Pour demander les honoraires :
 - d'un acte excluant visites et consultations qui est répété à la même séance et dont la nomenclature comprend un des mots suivants : supplémentaire, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
 - de l'acte anesthésique en inscrivant le nombre d'unités correspondant au total des unités de base auxquelles on ajoute les unités de durée calculées selon le tableau de correspondance des UNITÉS DE DURÉE figurant à l'onglet **D - Anesthésie - Réanimation**
- HONORAIRES : Les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu des dispositions relatives à la rémunération différente, au modificateur, ainsi qu'au nombre total d'unités :
 - de l'acte chirurgical tarifé par centimètre en indiquant le nombre d'unités de mesure (longueur ou surface en centimètres en nombre entier);
 - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance par quart d'heure rémunérable;
 - de la thérapie psychiatrique en indiquant la durée totale en demi-heures.

Remarque : Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1000 \$ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte ni visite.

4.2.6.1 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 2) « anesthésiste principal »

Réf. : Règle 6.03 du préambule particulier de l'anesthésie

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES MOD. UNITÉS HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX/ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		05269 2 0 1 4 207,90	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		EXPIRATION DE LA CARTE	
ADRESSE		CODE POSTAL			
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
Début : 9 h 30		Fin : 11 h 45		TOTAL 207,90	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

Les valeurs de base et de durée s'expriment en unités. Cette unité a une valeur monétaire uniforme à laquelle doit s'appliquer la rémunération majorée, s'il y a lieu.

Pour chacune des huit premières périodes (2 heures), on alloue une unité. Puis, deux unités, de la 9^e à la 19^e période (moins de cinq heures). À partir de la 20^e période, on calcule trois unités par période.

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE : **2** (anesthésiste principal)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

- **Calcul des unités : (selon l'exemple ci-haut)**

- Code **05269** = **4 unités** de base
- Durée = 9 h 30 à 11 h 45 = 9 quarts d'heure ou **10 unités** de durée
- Total des unités = 4 + 10 = 14

HONORAIRES : **14 X 14,85 \$ = 207,90 \$**

Remarque : Pour le calcul des unités de durée, voir le « tableau de correspondance » figurant à la fin de l'onglet **D - Anesthésie - Réanimation**.

4.2.6.2 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 3) « collaborateur »

(Règle 10 du préambule particulier de l'anesthésie)

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PPH		ACTES MOD UNITÉS HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		0 6 2 6 1 3 0 1 2 1 7 8 : 2 0	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
ANNÉE MOIS JOUR I SEXE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFSSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT	
Début : 9 h 30		Fin : 11 h 45		TOTAL 178,20	
CODE		DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE : 3 (anesthésiste collaborateur)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit inscrire dans la case UNITÉS le nombre total d'unités (de base et de durée), tout **en ne calculant les honoraires que pour la moitié des unités de base selon le maximum prévu** et le total des unités de durée.

NOTE : Pour le calcul des unités de durée : voir le tableau de correspondance, à la fin de l'onglet D - Anesthésie - Réanimation.

- Calcul des unités : (selon l'exemple ci-haut)
 - Code 06261 = 4 unités de base
 - Durée = 9 h 30 à 11 h 45 : 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée
 - Total des unités = 4 + 10 = 14 (base + durée)

HONORAIRES : La moitié des unités de base (maximum de 4) :
 2 unités + 10 unités = 12
 12 X 14,85 \$ = 178,20 \$.

4.2.6.3 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod 037) « remplaçant en cours d'intervention »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 11.02

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																							
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE										ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		UNITÉS		HONORAIRES			
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE										1		2		0		5		2		0		3		7			
DATE DE NAISSANCE										ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE											
ADRESSE										ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.E.		DISTANCE									
INIT. NOM DU MÉDECIN										NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES		CODE		NOMBRE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT										SON NUMÉRO																	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										CODE DU DIAGNOSTIC																	
Début : 9 h 30										Fin : 11 h 45		Remplacement à 10 h 45		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN										TOTAL		74:25	
ÉTABLISSEMENT										DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE												ANNÉE		MOIS	
CODE										ANNÉE		MOIS		JOUR													
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																	

On ne calcule **que les unités de durée**. Pour ce faire, il faut **soustraire des unités totales, (base + durée), les unités du prédécesseur**.

Dans l'exemple :

14 unités totales - 9 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant. Celui-ci doit inscrire le modificateur **037**.

4.2.6.4 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod 130) « Suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 12.1

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR		MOD. UNITÉS HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		1 2 0 1 1 0 2 0 9 4 1 9 2 0 4 4 6 5 3 4 0	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		1 2 0 1 1 0 3 0 9 4 1 9 2 1 3 0 0 6 0 8 9 1 0 0	
RIT. NOM DU MÉDECIN		ANNÉE MOIS JOUR		1 2 0 1 1 0 4 0 9 4 1 9 2 1 3 0 0 3 6 5 3 4 6 0	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANNÉE MOIS JOUR		VISITES	
Début : 7 h		ANNÉE MOIS JOUR		CODE NOMBRE	
Fin : 20 h		ANNÉE MOIS JOUR		TOTAL 2 0 7 9 0 0	
ÉTABLISSEMENT		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première plage horaire.

Sur la deuxième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la plage horaire subséquente en utilisant le modificateur **130**.

Sur la troisième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la dernière plage horaire en utilisant le modificateur **130**.

CALCUL DES HONORAIRES :

Code **09419** = 11 unités de base

Durée = 52 quarts d'heures ou 129 unités de durée

Total des unités = 11 unités de base + 129 unités de durée = 140 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (11 unités) + unités de durée de 7 h à 12 h (33 unités) = 44 unités

44 unités X 14,85 \$ = 653,40 \$

Honoraires pour la suite de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 17 h (93 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (33 unités) = 60 unités. 60 X 14,85 \$ = 891,00 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 20 h (129 unités) moins les unités de durée du début de la suite de l'opération (33 + 60 = 93 unités) = 36 unités. 36 X 14,85 \$ = 534,60 \$

4.2.6.5 SECTION 6 MODIFICATEURS

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

Remarque : Voir section **4.6.2**, ANNEXE II pour la **liste complète** des modificateurs, ainsi que pour les **instructions de facturation** « MODIFICATEURS MULTIPLES ET AUTRES SITUATIONS ».

RÈGLE GÉNÉRALE :

- Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison appropriée figurant sous le titre « Modificateurs multiples » de l'annexe II. N'inscrire le modificateur **062** ou **099** qu'en l'absence d'un tel modificateur multiple (*).

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ANNEXE IX DE L'ENTENTE (art. 5.3) :

- Si le modificateur **061** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062(*)** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ARTICLE 1.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **096** ou **097** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062(*)** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT LE SOUS-PARAGRAPHE 2.2.9 B DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **108** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place - Certains établissements* (E.P. n^o 43), inscrire le modificateur **523**.
- Si le modificateur **413** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place - Certains établissements* (E.P. n^o 43), inscrire le modificateur **872**.
- Si le modificateur **414** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place - Certains établissements* (E.P. n^o 43), inscrire le modificateur **873**.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS :

Si le modificateur **105**, **106**, **107**, **401**, **402** ou **403** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062(*)** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

(*) Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4.2.6.6 SECTION 6 - Intervention en situation complexe au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré (actes **15064** et **15068**).

Réf. : règle 2.2.6 C point 3) du préambule général.

GÉNÉRALITÉS :

Inscrire dans la section **Actes** le code **15064** ou **15068** en utilisant **une seule ligne** par intervention.

Les valeurs de durée s'expriment en unités. Cette unité a une valeur monétaire uniforme à laquelle doit s'appliquer la rémunération majorée, s'il y a lieu.

- # Pour la première période de 30 minutes, on alloue **une première unité** dont les honoraires sont de **94,35 \$**. Pour chacune des périodes de 15 minutes suivantes, on alloue **une unité** dont les honoraires sont de **26,20 \$**. Le code **15064** a une durée maximale d'intervention de 1 h 30 (**5 unités**), alors que le code **15068** a une durée maximale de 1 h 45 (**6 unités**). Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps, même pour la première demi-heure. Il faut inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS.

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire **l'heure de début de la première intervention**.

Utiliser le **modificateur 187** si vous effectuez une nouvelle intervention auprès d'un patient **afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence** (le même jour ou le jour suivant le premier séjour).

Si vous effectuez vos interventions au cours de plages horaires ou jours différents, veuillez n'utiliser qu'une seule demande de paiement. Le modificateur applicable au moment de la facturation de la première unité devra être utilisé pour les unités subséquentes. N'utilisez qu'une seule ligne de facturation.

4.2.6.6.1 Intervention auprès d'un patient au service d'urgence d'un établissement désigné à l'E. P. Garde sur place à l'urgence en CHSGS

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 9 h 30 à 10 h 30.

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
 DATE DE NAISSANCE
 ANNÉE MOIS JOUR SEXE F

ANNÉE MOIS JOUR PTH CODE ACTES MOD UNITÉS HONORAIRES
 1 2 0 1 1 0 15064 1 1 0 5 0 0 3 66,04

EXPIRATION DE LA CARTE
 ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE HONORAIRES

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC
 Début : 09 h 30

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 66,04

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE
 ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDITAIRE

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire l'heure de début de la première intervention.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10

CODE : inscrire le code **15064** et n'utiliser qu'une seule ligne de facturation.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur applicable au jour et à l'heure de la 1^{re} unité à facturer.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 9 h 30 à 10 h 30 = 1 heure = 1 demi-heure et 2 quarts d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 2 = 3

HONORAIRES :

(1 unité à 94,35 \$) + (2 unités suivantes à 26,20 \$) =
 94,35 \$ + 52,40 \$ = **146,75 \$ X 45 % (MOD 105) = 66,04 \$**

4.2.6.6.2-A Poursuite d'une intervention le même jour (même séjour à l'urgence)

- # Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 0 h à 1 h.
 Au cours du **même séjour à l'urgence**, vous poursuivez l'intervention le **même jour** de 2 h 30 à 3 h 30.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec													
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PRO	COISE	ACTES	MOIS	UNITÉS	HONORAIRES					
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR SEXE		ANNÉE		EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL		1 2 0 1 1 0 15064 1 0 9 7 0 0 5 179:24							
ADRESSE		PROF. EXPÉRIENCE		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR					
#INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR					
PROFESSIONNEL REFERANT		SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		DISTANCE					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRE		ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES		CODE	NUMÉRE				
Début : 0 h		TOTAL		179:24		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE		TOTAL					
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE		ANNÉE		MOIS		JOUR	

La demande de paiement se rédige comme suit :

Utiliser une seule demande de paiement.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire l'heure de début de la première intervention.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10

CODE : inscrire le code **15064** et n'utiliser **qu'une seule ligne**.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur applicable au jour et à l'heure de la 1^{re} unité à facturer.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 0 h à 1 h (1^{re} demi-heure + 2 quarts d'heures) **puis** 2 h 30 à 3 h 30 (4 quarts d'heures) = 2 heures (1 demi-heure et 6 quarts d'heure)
- Total des unités = 7
- Unités **payables** = 1 + 4 = 5 (**maximum de 4 périodes supplémentaires payables selon le P.G. 2.2.6 C) 3**)

HONORAIRES :

$$(1 \text{ unité à } 94,35 \$) + (4 \text{ unités suivantes à } 26,20 \$) = 94,35 \$ + 104,80 \$ = 199,15 \$ \times 90 \% (\text{MOD } 097) = 179,24 \$$$

Remarque : Les mêmes instructions de facturation s'appliquent pour le code d'acte **15068**. Toutefois un maximum de 5 périodes supplémentaires sera payable selon le P.G. 2.2.6 C) 3) (maximum de 6 unités au total).

4.2.6.6.2-B Poursuite d'une intervention un jour différent dans un établissement désigné à l'E. P. Garde sur place à l'urgence en CHSGS (même séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 22 h à 23 h.
 Au cours du **même séjour à l'urgence**, vous poursuivez l'intervention un **jour différent**, le 2012-01-11, de 2 h 30 à 2 h 45.

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉNIFIQUE DE LA CARTE

ANNÉE MOIS JOUR PH CODE ACTES MOIS UNITÉS HONORAIRES
 1 2 0 1 1 0 15064 1 1 0 6 0 0 4 77.83

DATE DE NAISSANCE ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE EXPIRATION DE LA CARTE CODE POSTAL

PROFESSEUR RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

DEBUT : 22 h

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 77.83

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

La demande de paiement se rédige comme suit :

Utiliser une seule demande de paiement.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire l'heure de début de la première intervention.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10 uniquement

CODE : inscrire le code 15064 et n'utiliser qu'une seule ligne pour les 2 périodes d'intervention.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités payables correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 22 h à 23 h puis 2 h 30 à 2 h 45 = 1 heure 15 minutes = 1 demi-heure et 3 quarts d'heure
- Total des unités payables = 1 + 3 = 4

HONORAIRES :

(1 unité à 94,35 \$) + (3 unités suivantes à 26,20 \$) =
 94,35 \$ + 78,60 \$ = 172,95 \$ X 45 % (MOD 106) = 77,83 \$

Remarque : Lors de la poursuite d'une intervention le jour suivant, le médecin a le choix de réclamer les unités non utilisées le premier jour ou de réclamer les actes effectués.

Lorsque les unités pour une même intervention sont réclamées sur plus d'une journée, le médecin responsable ne peut réclamer aucun autre acte au cours de ces journées.

4.2.6.6.3 Nouvelle intervention le même jour ou le jour suivant dans un établissement désigné à l'E. P. Garde sur place à l'urgence en CHSGS (autre séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 13 h à 14 h.
 Au cours d'un **nouveau séjour à l'urgence**, vous effectuez une **autre** intervention le **même jour (ou le jour suivant)** de 17 h 30 à 18 h 15.

Utiliser le **modificateur 187** pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉLÉRENTIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		15064 1 1 0 6 0 0 3	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		UNITÉS HONORAIRES	
1 2 0 1 1 0		15064 1 6 9 1 0 0 2		66,04 54,25	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE	
INT. NOM DU MÉDECIN		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
NUMÉRO		ANNÉE MOIS JOUR		VISITES	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		ANNÉE MOIS JOUR		CODE	
SON NUMÉRO		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANNÉE MOIS JOUR		CODE	
Séjour : Début 13 h		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
Séjour : Début 17 h 30		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
CODE DE DIAGNOSTIC		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
Séjour : Début 13 h		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
Séjour : Début 17 h 30		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
Etablissement		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
DATE DE SORTIE		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
TOTAL		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
TOTAL		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 120,29

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire **l'heure de début de la première intervention de chaque séjour**.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10 (si la nouvelle intervention est le jour suivant, inscrire la date correspondante).

CODE : séjour n° 1 = **15064** et l'inscrire sur **une seule ligne**.
 séjour n° 2 = **15064** et l'inscrire sur **une nouvelle ligne**.

MODIFICATEUR : Inscrive le modificateur multiple approprié (**sur la ligne correspondante à la nouvelle intervention**). Dans l'exemple, le modificateur applicable au jour et à l'heure de la facturation de la première intervention correspond au MOD **106**. Pour le combiner avec le MOD **187**, on utilise le MOD multiple **691**.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités du séjour # 1 :

- Durée Acte n° 1 = 13 h à 14 h = 1 heure = 1 demi-heure et 2 quarts d'heure
- Total des unités payables = 1 + 2 = 3

Calcul des unités du séjour # 2 :

- Durée Acte n° 2 = 17 h 30 à 18 h 15 = 45 minutes = 1 demi-heure et 1 quart d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 1 = 2

HONORAIRES :

- Acte n° 1 = **(1 unité à 94,35 \$) + (2 unités suivantes à 26,20 \$) = 94,35 \$ + 52,40 \$ = 146,75 \$ X 45 % (MOD 106) = 66,04 \$**
- Acte n° 2 = **(1 unité à 94,35 \$) + (1 unité suivante à 26,20 \$) = 94,35 \$ + 26,20 \$ = 120,55 \$ X 45 % (MOD 691) = 54,25 \$**
- **TOTAL = 66,04 \$ + 54,25 \$ = 120,29 \$**

4.2.7 SECTION 7 Date de l'accident, de l'événement ou du retrait préventif, C.S., distance

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 202 0969

0000 NOMBRE D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RECONSTITUÉS DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR PH. CODE

ACTES N. MOD. UNITES HONORAIRES

EXPIRATION DE LA CARTE

CODE POSTAL

SPÉCIMEN

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT 1 2 | 0 1 | 1 0

ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

1 2 | 0 1 | 1 0

ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRE 8 2 | 4 3

ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES

00012 0,1 69:35

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 86,55

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE

ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

SI CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

#

CONSIDÉRATION SPÉCIALE : inscrire la ou les lettres appropriées dans la case C.S. lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'annexe III (4.6.3) sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (article 1.1.2 du préambule général), y inscrire la lettre « N », fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case HONORAIRES.
- Dans tous les autres cas, indiquer par la lettre « A » dans la case C.S., la présence de notes explicatives sur la demande de paiement n° 1200, ou sur un document complémentaire.
- Pour les cas de refacturation (lettre « B »), voir section 5.5.4 ou 5.6, onglet « Paiement ».
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrivez les lettres représentant les situations prioritaires dans la case C.S. et inscrivez la lettre « A » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Toujours mettre la lettre « S » dans la case C.S. comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

1) CAS DE LA CSST : Pour les services imputables à la CSST, inscrire la lettre « S » dans la case C.S. et dans la case libre à gauche de la case C.S., la date de l'accident, ou de l'événement ou, dans le cas du retrait préventif, la date où le médecin a complété le formulaire recommandant le retrait préventif auprès de la CSST.

Si, lors d'une visite, vous établissez deux diagnostics dont l'un relève de la CSST, vous devez alors obligatoirement inscrire la lettre « S » dans la case C.S. et le diagnostic de la pathologie ou de la lésion relative à la CSST dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (en lettres ou selon le code CIMA dans l'espace approprié de la demande de paiement concernée par ce diagnostic). Si au cours de cette même visite, vous effectuez des actes n'ayant pas de relation avec l'accident de travail (exemple : cure d'hyposensibilisation), vous devez alors facturer ces actes sur une autre demande de paiement.

Les codes d'acte non reconnus par la CSST et facturés avec un « **S** » dans la case CS sont refusés et doivent être refacturés **sans** cette considération spéciale spécifique.

Lorsque le même diagnostic figure sur les deux demandes de paiement, la Régie considère qu'il s'agit de services reliés et imputables à la CSST. **Toutefois, l'utilisation de deux demandes de paiement ne doit pas être interprétée comme donnant droit à la facturation de deux examens ou visites.**

- 2) **DISTANCE** : indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en **kilomètres dans un sens seulement**. Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant. Ce montant doit correspondre au tarif régulier prévu à l'entente. Cependant, il n'est pas assujéti à l'application de la rémunération différente.

4.2.8 SECTION 8 VISITES

Cette section permet de demander le paiement des visites (i.e. examens et consultations) **sans modificateur**. Aucun autre acte que les visites ne peut être facturé dans cette section.

Dans le cas d'une facturation de plus d'une visite de contrôle le même jour, inscrire le même quantième (date) dans la case JOUR, autant de fois que le nombre de visites effectuées.

Ne jamais remplir la case JOUR d'une autre façon que celle illustrée dans l'exemple.

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																																									
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE												ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES															
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO ESCRIBENTEL DE LA CARTE												ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE		ZONE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE												ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE		ZONE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES	
ADRESSE												ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE		ZONE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES	
INT. NOM DU MÉDECIN												NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES									
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT												SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES													
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												CODE DU DIAGNOSTIC		ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES													
SPÉCIMEN												1,2		0,1		10		PH		00002		0,1		45:90																					
SPÉCIMEN												1,2		0,1		11, 12		PH		00012		0,2		138:70																					
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN												TOTAL		184:60																															
ÉTABLISSEMENT												DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR																			
SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.												SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																																	

Si le médecin réclame les honoraires d'un seul **code d'acte**, il doit l'inscrire sur la **première ligne**.

Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants :

- ANNÉE, MOIS, JOUR: la date de l'acte pour un même code d'acte. Les quantités (dates) sont inscrits dans la case JOUR; **un maximum de sept quantités (dates) par ligne peut y être inscrit;**
- CODE: le code de l'acte;
- NOMBRE: le nombre de jours à inscrire dans cette case doit correspondre au(x) quantième(s) (date(s)) mentionné(s) dans la case JOUR;
- HONORAIRES: les honoraires correspondant soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas.

4.2.9 SECTION 9 TOTAL DES HONORAIRES

TOTAL : inscrire la somme des honoraires figurant dans les cases HONORAIRES.

Les honoraires d'une demande de paiement ne peuvent être reportés sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

4.2.10 SECTION 10 SIGNATURE

La demande de paiement doit être signée par le médecin qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec l'article 4.02 du règlement n° 1 concernant la *Loi sur l'assurance maladie*. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Remarque : Les estampes ainsi que l'écriture en lettres moulées ne sont pas acceptées.

4.3 EXPÉDITION

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

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement.

Ne pas surcharger les enveloppes.

Affranchir suffisamment

Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Expédier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec QC G1K 7B4

4.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(Formulaire n° 1800)

Remarque : Le guide de rédaction de la partie à remplir par le médecin est fourni avec ce formulaire (voir copie jaune).

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE											
0000 ■■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE										A L'USAGE DE LA RÉGIE	
PRÉNOM ET NOM DE LA MARIÉE NOM DE PÉROUX ET/OU DES ÉPILÉTIQUES DE LA CARTE										ACTES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE		MOIS		JOUR		SEX		ANNEE MOIS JOUR	
ADRESSE				CODE POSTAL				EXPIRATION DE LA CARTE			
NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT			
PROFESSIONNEL RÉFÉRENT				SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC				VISITES			
										TOTAL	
ÉTABLISSEMENT										SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
CODE		DATE D'ENTRÉE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
										SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

SPÉCIMEN

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré*.

- Vérifiez que le médecin a bien signé la partie du haut et qu'il a soigneusement inscrit les renseignements requis.
- Trouvez dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le médecin.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée : Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- Votre carte d'assurance maladie est expirée : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso afin de déterminer les actions à entreprendre dans votre situation.
- Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso afin de déterminer les actions à entreprendre dans votre situation.
- Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :

Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée	Adresse pour l'envoi du chèque
NOM	<input type="checkbox"/> MÈME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE
PRÉNOM	NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE
NUMÉRO	NUMÉRO
RUE	RUE
APP.	APP.
VILLE	VILLE
PROVINCE	PROVINCE
Q u é b e c	
CODE POSTAL	CODE POSTAL

Signature de la personne assurée

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites : NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES	DATE ANNÉE MOIS JOUR
MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/>	TÉLÉPHONE AU DOMICILE RD REGIONAL
	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL RD REGIONAL

4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE : voir la brochure Services de laboratoire en établissement et l'onglet Formulaires du présent manuel.

4.6 ANNEXES (I À V)

4.6.1 ANNEXE I - LISTE DES RÔLES

RÔLE 1 : Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue une consultation en radiologie

RÔLE 2 : Anesthésiste

RÔLE 3 : Anesthésiste collaborateur

RÔLE 4 : Médecin assistant

RÔLE 7 : Médecin responsable des composantes techniques et professionnelles pour radiologie, audiométrie et les épreuves de fonction respiratoire

RÔLE 8 : Médecin responsable de l'interprétation seulement, pour audiométrie; pneumologue responsable de l'interprétation des épreuves de fonction respiratoire.

4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS

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

ENTENTE

Annexe V (Entente, dans le présent manuel)

Préambule général

RÈGLE 1.4 :

- Actes réclamés entre 20 h à 24 h, lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée **MOD 096**
- Actes réclamés pour une période de garde de 0 h à 8 h lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée. **MOD 097**
- Pour identifier le forfait de garde sur place divisible en heure réclamé en raison d'un transfert ambulancier de 0 h à 8 h **MOD 381**

- # RÈGLE 2.2.9 A i) : Majoration d'honoraires de 13 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée.** Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 408**

- # RÈGLE 2.2.9 A ii) : Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée.** Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 409**

RÈGLE 2.2.9 A iii : Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise ou hébergée dans un CHSGS (secteur autre qu'une unité de soins intensifs ou coronariens), dans un CH de soins psychiatriques, dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse, les samedi, dimanche ou journée fériée . Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit	MOD 045
RÈGLE 2.2.9 A iv : Majoration d'honoraires de 30 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement d'une personne admise dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS, les samedi, dimanche ou journée fériée . Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit et les forfaits prévus à l'E.P. soins intensifs ou coronariens	MOD 069
RÈGLE 2.2.9 B i : Majoration de 13 % de tous les services dispensés le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h , à l'exception d'une journée fériée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 413
RÈGLE 2.2.9 B ii : Majoration de 23 % de tous les services dispensés le vendredi de 20 h à 24 h , à l'exception d'une journée fériée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 414
RÈGLE 2.2.9 B iii : Majoration de 30 % de tous les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 108
RÈGLE 2.2.9 B iv : Majoration de 13 % de tous les services dispensés sur place tous les jours de 0 h à 8 h , dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 415
RÈGLE 2.2.9 C : Majoration de 4 % des examens effectués auprès d'un malade ADMIS en soins de courte durée d'un CHSGS.	MOD 127
RÈGLE 2.4.3 : Plus d'un médecin qui donne les soins du nouveau-né (50 % de l'honoraire global)	MOD 382
RÈGLE 2.4.7.3 A :	
# - Supplément d'honoraires équivalent à 46 % du tarif applicable, dans le cas d'un service médical immédiatement requis, pour une assistance chirurgicale les samedi, dimanche ou journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h	MOD 011
- Supplément d'honoraires équivalent à 46 % du tarif applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis les samedi, dimanche ou journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h	MOD 175
RÈGLE 2.4.7.3 B :	
- Supplément de 113 % des honoraires pour une anesthésie dispensée de 0h à 7h, tous les jours	MOD 128
- Supplément de 63 % des honoraires pour une anesthésie dispensée les samedi, dimanche ou journée fériée de 7h à 24h et tout autre jour de 19 h à 24 h	MOD 129

RÈGLE 2.4.7.3 C :

- Majoration d'honoraires de 13 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 408**

- Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 409**

- Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise ou hébergée dans un CHSGS (secteur autre qu'une unité de soins intensifs ou coronariens), dans un CH de soins psychiatriques, dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse, les samedi, dimanche ou journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit **MOD 045**

- Majoration d'honoraires de 30 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement d'une personne admise dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS, les samedi, dimanche ou journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit et les forfaits prévus à l'E.P. soins intensifs ou coronariens. **MOD 069**

RÈGLE 2.4.7.10 : Prime de responsabilité de 15,6 % applicable sur tous les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou d'un centre de détention. Exception faite des forfaits de garde en disponibilité. **MOD 015**

RÈGLE 2.9 : Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans
 - En médecine et chirurgie **MOD 060**
 - En anesthésie (unité de base seulement) **MOD 063**

Consultations et visites

ACTES MÉDICAUX (CSST) : Lorsqu'un arbitrage médical ou une évaluation médicale n'a pas lieu, parce que le travailleur ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission (*annexe XIII*) **MOD 032**

INTERVENTION EN SITUATION COMPLEXE : Indique qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence. **MOD 187**
Remarque : *Le modificateur 187 doit s'inscrire seulement sur la ligne correspondant à la nouvelle intervention auprès d'un patient.*

Actes diagnostiques et thérapeutiques

ARTICLE **1.3** du Préambule particulier : Plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique au cours d'un examen ou d'une consultation. **MOD 050**

ACTES MÉDICAUX :

- **Traitement physiatrique** : Plus d'un traitement effectué au cours d'une même séance. Le premier est facturé selon le maximum prévu et les honoraires pour les subséquents sont de 0 \$ (voir **Lettre d'entente n° 8, brochure n° 1**). **MOD 035**

- **Blocage thérapeutique** : avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques **MOD 052**

- **Angiographie** : en vue de l'étude d'un pontage artériel et/ou de fistules artério-veineuses **MOD 016**

Anesthésie - réanimation

ARTICLE **7.00** du Préambule particulier : lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. **MOD 047**

ARTICLE **11.00** du Préambule particulier : médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique **MOD 037**

ACTES MÉDICAUX : lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie **MOD 036**

Chirurgie - préambule particulier

ARTICLE **2** - Examens ou consultations :
 Pour les examens ou consultations du médecin qui effectue une chirurgie à une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour. **MOD 179**

ARTICLE **4** - Soins simultanés **MOD 022**

ARTICLE **5** - Soins post-opératoires :

- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires **MOD 024**
 - Le médecin qui donne les soins postopératoires **MOD 025**

ARTICLE **8** - Chirurgies multiples :

Plusieurs actes chirurgicaux chez un même malade, par le même chirurgien, au cours d'une même séance **MOD 050**

Peau - phanères

ACTES MÉDICAUX : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie pour le traitement d'une verrue est faite au **laser** **MOD 056**

Musculo-squelettique - préambule particulier

PARAGRAPHE **2.04** :

- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires **MOD 024**

- Le médecin qui donne les soins postopératoires **MOD 025**

- Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant. **MOD 027**

PARAGRAPHE 2.05 :

- Fracture de plusieurs os majeurs	MOD 010
- Fractures d'un os majeur ou d'un os mineur ou plusieurs os mineurs . . .	MOD 050
- Deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par voies d'approche différentes . . .	MOD 049
- Deux fractures sont en relation avec une articulation	MOD 029

PARAGRAPHE 2.06 :

- Traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte	MOD 039
- S'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments	MOD 020

PARAGRAPHE 2.09 :

- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD 030
- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD 064
- Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction	MOD 169

PARAGRAPHE 2.13 :

- Toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales au niveau des membres, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre	MOD 134
- Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure)	MOD 150

PARAGRAPHE 2.14 :

- Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée	MOD 172
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

AUTRES ACTES MÉDICAUX

- Atelles fabriquées à l'hôpital	MOD 067
- Réductions ouvertes (fracture de la colonne)	
- Avec lésion neurologique	MOD 057
- Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin	MOD 058
- Temps chirurgical autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin	MOD 059

Système cardiaque

# Supplément de 326 \$ lors d'une chirurgie valvulaire pour l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum	MOD 140
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Génital mâle

Vasectomie (<i>code 06232</i>), composante technique en cabinet privé	MOD 053
------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Obstétrique**ARTICLE 4** du préambule particulier :

- Plus d'un médecin qui donne les soins post-partum (50 % de l'honoraire global)	MOD 382
- Le médecin qui donne les soins postopératoires	MOD 025

ARTICLE 10 - Mentorat	MOD 400
----------------------------------------	----------------

ARTICLE 11 - Partage de la rémunération de l'accouchement ou de l'ensemble des soins (2/3 du tarif)	MOD 383
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Radiologie diagnostique

RÈGLE 3 du Préambule particulier: radiographies de régions bilatérales faites pour étude non comparative **MOD 074**

RÈGLES 7, 8, 10, 11 et 17 du Préambule particulier: Présence d'informations dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée. **MOD 009**

ANGIORADIOLOGIE (TECHNIQUE) Services rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans **MOD 066**

ACTES MÉDICAUX : Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni
 - En établissement. **MOD 021**
 - En cabinet. **MOD 008**

Annexe IX, Par. 5.3 (Entente, Brochure n° 1)

- Dans un **service d'urgence** d'un CLSC du réseau de garde intégré, sauf lorsque le modificateur 096, 097, 105, 106, 107, 401, 402 ou 403 s'applique **MOD 061**

- Si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106, 107, 401, 402 ou 403 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, sauf si un modificateur multiple peut être utilisé **MOD 062**

Annexe XVIII : (Entente, Brochure n° 1)**Par. 2.01**

- Rémunération à 46,60 % du tarif **MOD 125**

Par. 3.01a

- Rémunération à 46,60 % du tarif **MOD 171**

Annexe XX : (Entente, Brochure n° 1)**Par. 4.01**

- Majoration de 13 % sur les services dispensés du lundi au jeudi, de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée. **MOD 410**

- Majoration de 23 % sur les services dispensés le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée **MOD 411**

- Majoration de 23 % sur les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée, de 8 h à 24 h **MOD 046**

- Majoration de 30 % sur les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée, de 8 h à 24 h dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau (lieu physique unique) **MOD 412**

LETTRES D'ENTENTE (voir Brochure n° 1)**N° 131 : Stage de ressourcement (pour compenser les frais de cabinet)**

- Majoration de 198 \$ par journée de stage **MOD 152**

- Majoration de 99 \$ par demi-journée de stage **MOD 153**

N° 188 : É.V.A.Q - Stage de ressourcement ou formation en néonatalogie (pour compenser les frais de cabinet)

- Majoration de 198 \$ par journée de stage **MOD 122**

- Majoration de 99 \$ par demi-journée de stage **MOD 123**

N° 201 : Conditions d'exercice et de rémunération dans une unité de décision clinique**Établissement adhérent au Régime A**

- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h **MOD 106**
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h **MOD 105**
- En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (au-delà de 24 h) . . . **MOD 107**

Établissement adhérent au Régime B

- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h **MOD 406**
- Du lundi au vendredi, de 20 h 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h **MOD 407**

N° 220 : Rémunération de l'évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal

- Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès **MOD 990**
- Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle **MOD 991**
- Pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né, était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction **MOD 993**
- Dans un cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, pour déterminer la décision à l'égard de celui-ci . . **MOD 994**
- Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé **MOD 996**

ENTENTES PARTICULIÈRES (voir Brochure n° 1)**Garde sur place – Certains établissements****Régime A**

- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h **MOD 106**
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h **MOD 105**
- Du lundi au vendredi, samedi, dimanche ou journée fériée (au-delà de 24 h) **MOD 107**
- Pour identifier le forfait de garde sur place divisible en heure réclamé en raison d'un transfert ambulancier **MOD 381**

Régime B

- Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h **MOD 401**
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h **MOD 402**
- Du lundi au vendredi, samedi, dimanche ou journée fériée (au-delà de 24 h) **MOD 403**

Malades admis - CHSGS

- Rémunération à 46,60 % du tarif - Régime A (paragraphe 4.02 et 4.03) **MOD 126**
- Majoration de 10 % du forfait (paragraphe 4.09.1 et P.G. règle 2.2.9 A). **MOD 045**
- Majoration de 10 % du forfait régulier : Régime A (09778), Régime B (19018). Situation de pénurie d'effectifs **MOD 145**
- Rémunération à 77,80 % du tarif - Régime B (paragraphe 4.02 et 4.03) **MOD 151**

Anesthésie

- Pour les services rendus dans un service d'urgence en semaine de 7 h à 8 h et de 16 h à 17 h, à l'exception des jours fériés **MOD 028**
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **MOD 116**
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **MOD 130**

Clinique-réseau

- Services médicaux dispensés durant une période de garde **sans rendez-vous** (articles 3.01 e) et f)) **MOD 176**
- Services médicaux dispensés **sur rendez-vous** (article 3.01 g)) **MOD 180**

Soins intensifs ou coronariens

- Rémunération à 45 % du tarif (articles 5.05 et 5.06) **MOD 177**

Centre de médecine de jour

- Rémunération à 65 % du tarif (article 5.02) **MOD 190**
- Rémunération à 45 % du tarif (article 5.02) **MOD 191**

AUTRES MODIFICATEURS

- Sites anatomiques différents **MOD 093**
- Séances différentes **MOD 094**
- Sites anatomiques différents **et** séances différentes **MOD 095**

Remarque : L'un des modificateurs appropriés (093, 094 ou 095) s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés.

- Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte, sauf **MOD 062**, ci-dessus **ou** un des modificateurs multiples de la liste à la page suivante (*) **MOD 099**

(*) **Instructions de facturation** - Modificateurs 062 **ou** 099

1. Inscrire le modificateur 062 **ou** 099;
2. Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation des modificateurs;
3. Indiquer les modificateurs visés à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

MODIFICATEURS MULTIPLES

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multipli- cation)
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
015 - 045	804	1,4218
015 - 094	805	1,1560
015 - 127	812	1,2022
015 - 045 - 094	375	1,4218
015 - 045 - 127	376	1,4787
015 - 094 - 408	389	1,3062
015 - 094 - 409	392	1,4218
015 - 127 - 408	390	1,3585
015 - 127 - 409	393	1,4787
015 - 408	713	1,3062
015 - 409	722	1,4218
022 - 408	710	1,1300
022 - 409	719	1,2300
045 - 022	550	1,2300
045 - 094	226	1,2300
045 - 094 - 097	318	1,1070
045 - 094 - 125	305	0,5731
045 - 094 - 126	306	0,5731
045 - 094 - 151	312	0,9569
045 - 094 - 177	354	0,5535
045 - 094 - 179	357	1,2300
045 - 097	551	1,1070
045 - 125	269	0,5731
045 - 126	273	0,5731
045 - 127	276	1,2792
045 - 145	553	1,3530
045 - 151	295	0,9569
045 - 171	216	0,5731
045 - 177	653	0,5535
045 - 179	803	1,2300
046 - 050	253	0,6150
046 - 093	656	1,2300
046 - 094	225	1,2300
046 - 094 - 180	348	1,2300
046 - 179	600	1,2300
046 - 180	649	1,2300
050 - 093	086	0,5000
050 - 097	546	0,4500
050 - 097 - 415	759	0,5085
050 - 105	547	0,2250
050 - 106	548	0,2250
050 - 106 - 108	307	0,2925
050 - 106 - 413	343	0,2543
050 - 106 - 414	344	0,2768
050 - 108	275	0,6500
050 - 108 - 402	380	0,4875
050 - 126	270	0,2330
050 - 176	633	0,5000
050 - 176 - 412	397	0,6500
050 - 177	632	0,2250
050 - 180	654	0,5000
050 - 401	826	0,3750
050 - 402	827	0,3750
050 - 403	828	0,3750
050 - 410	855	0,5650
050 - 411	856	0,6150

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 - 413	867	0,5650
050 - 414	868	0,6150
050 - 415	869	0,5650
061 - 094	210	1,0000
061 - 094 - 108	313	1,3000
061 - 094 - 413	750	1,1300
061 - 094 - 414	751	1,2300
061 - 108	523	1,3000
061 - 413	872	1,1300
061 - 414	873	1,2300
069 - 094	646	1,3000
069 - 126	648	0,6058
093 - 094	095	1,0000
093 - 094 - 180	322	1,0000
093 - 169	524	+110,00 \$ (**)
093 - 175	595	1,4600
093 - 176	634	1,0000
093 - 180	650	1,0000
094 - 096	213	0,5000
094 - 096 - 108	309	0,6500
094 - 096 - 413	345	0,5650
094 - 096 - 414	346	0,6150
094 - 097	214	0,9000
094 - 097 - 179	330	0,9000
094 - 097 - 415	761	1,0170
094 - 097 - 179 - 415	925	1,0170
094 - 105	234	0,4500
094 - 105 - 179	331	0,4500
094 - 106	235	0,4500
094 - 106 - 108	300	0,5850
094 - 106 - 108 - 179	917	0,5850
094 - 106 - 179	332	0,4500
094 - 106 - 179 - 413	921	0,5085
094 - 106 - 179 - 414	922	0,5535
094 - 106 - 413	341	0,5085
094 - 106 - 414	342	0,5535
094 - 107	236	0,4500
094 - 107 - 415	763	0,5085
094 - 108	274	1,3000
094 - 108 - 179	333	1,3000
094 - 108 - 179 - 402	920	0,9750
094 - 108 - 402	384	0,9750
094 - 108 - 407	765	1,1050
094 - 125	268	0,4660
094 - 126	272	0,4660
094 - 126 - 408	391	0,5265
094 - 126 - 409	394	0,5731
094 - 127	277	1,0400
094 - 151	294	0,7780
094 - 169	525	+110,00 \$ (**)
094 - 171	215	0,4660
094 - 172	573	0,5000
094 - 175	596	1,4600
094 - 176	635	1,0000
094 - 176 - 410	395	1,1300
094 - 176 - 411	396	1,2300
094 - 176 - 412	398	1,3000
094 - 177	637	0,4500

(**): Noter qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication mais bien d'un facteur d'addition.

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 - 179	647	1,0000
094 - 179 - 401	385	0,7500
094 - 179 - 402	386	0,7500
094 - 179 - 402 - 413	923	0,8475
094 - 179 - 402 - 414	924	0,9225
094 - 179 - 413	754	1,1300
094 - 179 - 414	755	1,2300
094 - 179 - 415	756	1,1300
094 - 180	651	1,0000
094 - 190	806	0,6500
094 - 401	829	0,7500
094 - 402	830	0,7500
094 - 402 - 413	757	0,8475
094 - 402 - 414	758	0,9225
094 - 403	831	0,7500
094 - 403- 415	764	0,8475
094 - 406	819	0,8500
094 - 408	714	1,1300
094 - 409	723	1,2300
094 - 410	853	1,1300
094 - 411	854	1,2300
094 - 413	864	1,1300
094 - 414	865	1,2300
094 - 415	866	1,1300
096 - 108	278	0,6500
096 - 413	870	0,5650
096 - 414	871	0,6150
097 - 179	200	0,9000
097 - 179 - 415	762	1,0170
097 - 187	698	0,9000
097 - 187 - 415	760	1,0170
097 - 415	711	1,0170
105 - 179	201	0,4500
105 - 187	690	0,4500
106 - 108	237	0,5850
106 - 108 - 179	329	0,5850
106 - 108 - 187	372	0,5850
106 - 179	202	0,4500
106 - 179 - 413	752	0,5085
106 - 179 - 414	753	0,5535
106 - 187	691	0,4500
106 - 413	862	0,5085
106 - 414	863	0,5535
107 - 415	818	0,5085
108 - 179	203	1,3000
108 - 187	693	1,3000
108 - 381	662	1,3000
108 - 402	832	0,9750
108 - 179 - 402	387	0,9750
108 - 187 - 402	388	0,9750
108 - 407	837	1,1050
125 - 408	715	0,5265
125 - 409	724	0,5731
126 - 408	716	0,5265
126 - 409	725	0,5731
127 - 408	717	1,1752
127 - 409	726	1,2792
151 - 408	718	0,8791
151 - 409	727	0,9569
176 - 179	660	1,0000

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
176 - 179 - 412	399	1,3000
176 - 410	859	1,1300
176 - 411	860	1,2300
176 - 412	861	1,3000
177 - 408	712	0,5085
177 - 409	721	0,5535
179 - 180	661	1,0000
179 - 401	833	0,7500
179 - 402	834	0,7500
179 - 413	813	1,1300
179 - 414	814	1,2300
179 - 415	815	1,1300
187 - 401	835	0,7500
187 - 402	836	0,7500
180 - 410	857	1,1300
180 - 411	858	1,2300
402 - 413	874	0,8475
402 - 414	875	0,9225
403 - 415	816	0,8475
Autres combinaisons	062, 099 (*)	à calculer

(*) : Pour les modificateurs 062 et 099 voir les instructions de facturation à la section 4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS.

(**) : Noter qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication mais bien d'un facteur d'addition.

Instructions de facturation (lorsque plus d'un modificateur s'applique)

1. Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 050 - 093);
2. Inscrire le modificateur multiple (ex. : 086) sur la ligne de service;
3. Multiplier les honoraires de l'acte par la constante, le cas échéant (ex. : 0,50);
4. Inscrire le résultat de la multiplication dans la case *HONORAIRES*.

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

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement
- C :** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou un centre de réadaptation
- ou âgée de plus de 14 ans mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale
- D :** Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, lorsque rémunérés à l'acte et ce, tel que spécifié à l'Entente, notamment dans certains accords et ententes particulières
- G :** Services payables à 100 % dans les situations suivantes :

Unité de soins coronariens ou intensifs :

En sus du montant du forfait, notamment pour les soins rendus exceptionnellement par un autre médecin que celui qui a la charge du patient à l'unité de soins coronariens ou intensifs, et ce, pour des raisons urgentes et en cas d'absence temporaire du médecin (*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens*, articles 4.05 et 5.05 c)).

Service d'urgence :

Pour tous les services rendus dans **un service d'urgence visé** par l'*Entente particulière relative à la garde sur place* :

- pendant la période de 0 h à 8 h si le médecin a fait le choix de la rémunération exclusive à l'acte (P.G. 1.4 a)) **OU** lorsque le médecin doit se rendre au service d'urgence en dehors de sa période de garde sur place, à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence. (*E. P. Garde sur place à l'urgence, articles 3.02 et 4.04*)

Pour tous les services rendus dans **un service d'urgence non visé** par l'*Entente particulière relative à la garde sur place* :

- pendant la période de 20 h à 24 h ou de 0 h à 8 h si le médecin a fait le choix de la rémunération exclusive à l'acte (P.G. 1.4 a)) **OU** lorsque le médecin ayant opté pour la rémunération prévue à 1.4 b) du Préambule général (forfait et pourcentage des actes) doit retourner au service d'urgence en dehors de sa période de garde sur place, à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence.

- H :** Rémunération à l'acte pour le médecin qui rend des soins simultanés (*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, article 4.05*)

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrivez les lettres représentant les situations prioritaires dans la case **C.S.** et inscrivez la lettre « **A** » dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case **C.S.** comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

- # **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 Régie à la demande du MSSS.
- Les situations d'exception sont en lien avec les services :
- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
 - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
 - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- N** : - Demande d'honoraires additionnels (*voir l'article 1.1.2 du préambule général*)
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires
- Q** : Indicateur précisant que le **même service** est **rendu plus d'une fois le même jour** au même patient 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 (*voir instructions de facturation, section 3*)
- S** : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST (*voir les instructions de facturation à la section 4.2.7*)
- W** : Services rendus dans le cadre du programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrite les lettres représentant les situations prioritaires dans la case C.S. et inscrire la lettre « **A** » dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case C.S. comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

4.6.4 ANNEXE IV - NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I LE NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT (5 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 CODIFICATION 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 intensifs ou de soins coronariens (régime A)
	4XXX6	Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (régime B) E.P. soins intensifs ou coronariens
	0XXX7	Clinique d'urgence
	4XXX7	Unité de décision clinique
0XXX8	Département de psychiatrie	
4XXX1	Unité de médecine familiale	
• 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 au Québec

• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
• Agences de la santé et des services sociaux :	94XX9	A.S.S.S.

B- Autres établissements (suite)

- | | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Laboratoires de radiologie diagnostique : | *31XXX
*32XXX
*33XXX | Radiologie générale
Radiologie spécifique exploité par un médecin spécialiste
Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien |
| • Physiatrie : | *34XXX | Clinique de physiothérapie
Cabinet de physiatrie |
| • Cliniques privées : | *51XX2 | Clinique médicale et/ou dentaire |
| • Cabinets d'optométrie : | *52XXX
53XXX | Clinique optométrique |
| • Cliniques (autres) : | *54XXX

55XXX
57XXX

*56XXX | Groupe de médecine familiale (GMF) ou Clinique-réseau

Groupe de médecine familiale (GMF) ou Clinique-réseau ou Clinique médicale

Lettre d'entente n° 57 |

C- Centres hospitaliers hors province

- | | |
|-------------------------------|-------|
| • Terre-Neuve : | 09009 |
| • Nouvelle-Écosse : | 09019 |
| • Île-du-Prince-Édouard : | 09029 |
| • Nouveau-Brunswick : | 09039 |
| • Ontario : | 09049 |
| • Manitoba : | 09059 |
| • Alberta : | 09069 |
| • Saskatchewan : | 09079 |
| • Colombie-Britannique : | 09089 |
| • Territoires du Nord-Ouest : | 09099 |
| • Yukon : | 09109 |

* *Exception à la codification du numéro*

4.6.5 ANNEXE V - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

4.6.5.1 Rémunération à l'acte (frais de transport et temps de déplacement)

NOTE : Nous vous invitons à consulter notre rubrique Internet *Frais de déplacement*. Vous y trouverez des exemples, des précisions utiles reliées au type de moyen de transport utilisé, etc;

a) Frais de transport

Ceux-ci doivent être facturés sur une demande de paiement identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins.

1. Utilisation du véhicule personnel (sans autre moyen de transport) :

- **Remplir le formulaire** *Demande de paiement - Médecin n° 1200* de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);

- indiquer dans la case DISTANCE, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle).

Remarque : S'il s'agit d'un déplacement à domicile, ou à l'hôpital pour un accouchement ou une césarienne, ou en tout lieu pour l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, veuillez réduire la distance unidirectionnelle des 8 premiers kilomètres (*réf. : P.G. 2.4.2*);

- inscrire le montant correspondant à l'indemnité de déplacement calculée à raison de 0,86 \$⁽¹⁾ le kilomètre dans la case HONORAIRES;

- **Toujours** préciser votre localité de départ dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ.

- le formulaire n° 1988 n'est pas obligatoire; toutefois, il peut être rempli lorsqu'une description détaillée est requise;

Remarque : Reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

2. Moyen de transport autre que le véhicule personnel :

- **remplir le formulaire** *Demande de paiement - Médecin n° 1200* de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);

- inscrire le code **09991** dans la section *Actes*; préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*;

- remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* en y précisant le détail de toutes les dépenses encourues, en identifiant « omnipraticien », en cochant *Acte* comme mode de rémunération et inscrire dans la case prévue à cette fin, le numéro de la *Demande de paiement - Médecin n° 1200* visée par le déplacement;

- attacher au formulaire n° 1988 les pièces justificatives originales (reçus, billets, etc.). Joindre le tout au formulaire n° 1200 **lorsque requis** (voir 4.6.5.2 b). Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne contenant les renseignements relatifs au déplacement.

(1) Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents*. Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/secretariat/frais-deplacement.pdf>

b) Temps de déplacement

1. Utiliser le même formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* sur lequel a été facturé le déplacement correspondant et inscrire le code **09992** dans la section *Actes*;
2. Mode de calcul du temps de déplacement dans le cadre du mécanisme de dépannage

a) Véhicule automobile, taxi, autobus

Le temps de déplacement effectué avec un véhicule automobile doit être calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km}} = \text{temps de déplacement}$$

b) Autre moyen de transport

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'établissement et en revenir est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa a) ci-dessus.

3. Inscrire la date, le nombre d'heures dans la case *UNITÉS* (aller et retour) et le montant demandé dans la case *HONORAIRES*.

AVIS : *Si votre temps de déplacement comporte des minutes (fractions d'heures), vous devez arrondir à l'unité supérieure dans la case UNITÉS, réclamer le montant correspondant au temps réel de déplacement et inscrire le calcul détaillé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le temps de déplacement réclamé ne doit jamais dépasser le maximum permis de 9 heures par trajet.*

4. Taux horaire :

- 85,36 \$ du 1^{er} octobre 2010 jusqu'au 31 mars 2011
- 86,84 \$ du 1^{er} avril 2011 jusqu'au 31 décembre 2011
- 91,24 \$ à compter du 1^{er} janvier 2012

c) Frais de 1 000 \$ ou plus

Si le montant à réclamer pour vos frais de transport (**09991**), ou votre temps de déplacement (**09992**), atteint 1 000 \$ ou plus, indiquez ce montant seul sur une autre demande de paiement avec le code approprié et les données habituelles d'identification. Inscrire la lettre « **A** » dans la case *C.S.* et mettre en référence dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le numéro de la demande de paiement sur laquelle vous avez réclaté le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.

Remarque : *Vous pouvez également consulter la rubrique Internet sur les frais de déplacement où vous trouverez de nombreux exemples et un aide-mémoire.*

4.6.5.2 b) Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*

Ce formulaire comprend neuf (9) parties et se rédige comme suit :

- 1. PROFESSIONNEL** : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie;
- 2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : indiquer votre catégorie de professionnel et spécifier votre mode de rémunération;
- 3. DÉPLACEMENT** : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro. Ces renseignements sont obligatoires. Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

- 4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** : sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés;
- 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT FACTURÉ** : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente, et le montant calculé à 100 % (voir 4.6.5.1 b) pour le taux horaire); reporter ce montant sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **09992**;
- 6. MOYENS DE TRANSPORT** : indiquer la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé à ce moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle)¹ multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé pour le taux alloué (voir 4.6.5.1 a); reporter le montant total associé aux moyens de transport sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement en utilisant le code d'acte **09991**;
- 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des montants réclamés;
- 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande;
- 9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé à la main par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; la date est également très importante.

PIÈCES JUSTIFICATIVES :**- Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :**

Obligation de transmettre l'original² de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation et le formulaire n° 1988 dûment rempli avec la demande de paiement n° 1200 en format papier où sont réclamés les frais de déplacement.

- Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$:

Conserver l'original² de chacune des pièces justificatives et le formulaire n° 1988 dûment rempli (pendant 5 ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie avec une reproduction de la demande de paiement n° 1200 où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement sans copies de ces documents.

Lorsque requis, ces documents doivent être transmis, avec la demande de paiement correspondante, à l'adresse suivante :

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

¹ Celle-ci se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité.

² Exception sous certaines conditions pour le **billet électronique** des compagnies d'aviation.