

6. MESSAGES EXPLICATIFS (MSG)

6.0 AVANT-PROPOS

Outre les codes (2 chiffres) de transaction (TRA) paraissant à l'état de compte et décrits à la section 5.7.1 de l'onglet PAIEMENT, informant le professionnel de **l'état du règlement** de ses demandes de paiement, la présente partie du manuel contient une autre codification numérique (3 chiffres) pour les messages explicatifs (EXPL.) informant des **motifs à l'appui d'un changement au montant demandé**.

- # La première partie **(6.1)** des messages explicatifs (001 à 099) est en rapport avec le **remboursement de l'assurance responsabilité**, tandis que la deuxième partie **(6.2)** vise principalement les **services médicaux**. Les messages concernant le **Programme de formation continue** sont disponibles dans la Brochure n° 3.

Remarque : Lorsqu'un message explicatif paraît à l'état de compte, le professionnel doit **vérifier** le texte du message ainsi que la description de l'état du règlement, (TRA) et **soumettre s'il y a lieu, une nouvelle demande de paiement ou de remboursement**. (Voir section 5.5.4 à l'onglet PAIEMENT).

6.1 MSG / ASSURANCE RESPONSABILITÉ

- 001** Accusé de réception absent.
- 002** Carte de membre inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.
- 003** Mention « payée » absente sur la facture ou sceau de la banque absent sur la copie du chèque.
- 004** Reçu officiel ACPM inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.
- 005** La demande de remboursement d'assurance responsabilité n'est pas dûment signée.
- 006** La date de début ou de fin de la période est non valide, incomplète, illisible ou absente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.
- 007** Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.
- 008** La copie du médecin a été envoyée au lieu de celle de la Régie.
- 009** Vous n'avez pas répondu à notre demande de renseignements.
- 010** Une lettre explicative vous parviendra sous peu.
- 011** Votre demande de remboursement étant endommagée, elle a été traitée sous le numéro 9999.
- 012** Votre demande de remboursement étant rédigée sur un formulaire périmé, elle a été traitée sous le numéro 9999. Veuillez utiliser dorénavant le formulaire approprié.
- 013** Vous n'avez droit à aucun remboursement d'assurance responsabilité pour cette année, puisque vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.
- 014** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé en excluant les périodes de l'année où vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.
- 015** Quote-part de prime d'assurance responsabilité non remboursable pour une personne décédée.
- 016** La quote-part de prime d'assurance responsabilité a été calculée pour la période de l'année précédant le décès.
- 017** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la période de l'année qui suit la date d'obtention de votre permis de pratique.
- 018** Puisque l'année réclamée est antérieure à la date d'obtention de votre permis de pratique, vous n'avez droit à aucun remboursement.
- 020** Vos revenus ne vous rendent pas admissible au remboursement d'une quote-part de votre prime d'assurance responsabilité. Veuillez nous faire parvenir une demande de révision lorsque vous aurez dépassé le montant prévu.

- 021** Compte tenu que vos revenus pour la période du 1^{er} avril au 31 mars précédant l'année en traitement sont inférieurs à 36 000 \$ et que ceux de l'année en traitement sont supérieurs à 10 000 \$ sans dépasser 36 000 \$, votre remboursement a été calculé selon le 3^e paragraphe de l'article 2.06 de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité. Soumettre une demande de révision si votre situation change.
- 022** Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour tel qu'il paraît sur votre preuve de paiement.
- 023** Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour, frais d'administration, taxes et autres frais exclus.
- 024** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à la franchise. Veuillez soumettre une nouvelle demande quand le montant payé sera supérieur à la franchise.
- 025** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité, car le montant de la prime annuelle est égal ou inférieur à la franchise.
- 026** La quote-part de votre prime d'assurance responsabilité à laquelle vous avez droit pour l'année vous a déjà été remboursée.
- 028** Le délai de facturation prévu à l'entente est expiré.
- 029** Votre demande de remboursement a été traitée selon votre entente à la fin de l'année.
- 030** Le contrat d'assurance fourni excède un an. Nous n'avons traité que la première année seulement. Lorsque l'entente sera en vigueur pour la période non considérée, veuillez soumettre une nouvelle demande de remboursement.
- 032** L'entente est non signée pour l'année réclamée. Votre demande sera réévaluée automatiquement lors de la signature de l'entente. Ne pas soumettre de nouveau.
- 033** Votre remboursement a été calculé selon l'article 4 de l'annexe XII concernant, entre autres, les mesures incitatives dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.
- 034** Une partie de votre remboursement a été calculée selon les dispositions prévues à l'article 4 de l'annexe XII concernant, entre autres, les mesures incitatives dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.
- 036** Vos revenus ne vous rendent pas admissible au versement du montant forfaitaire.
- 037** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 038** Révision d'une demande de remboursement déjà payée.
- 039** Révision effectuée à la suite de votre demande.
- 040** Révision d'un paiement. Une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.
- 042** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 043** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 044** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.

- 045** Révision effectuée à la suite d'un changement d'un ou de plusieurs genres d'activités médicales pour l'année.
- 046** Révision effectuée à la suite d'un changement de la durée de votre période de couverture pour l'année.
- 047** Révision effectuée à la suite de la signature de l'entente pour l'année.
- 048** Révision effectuée pour tenir compte que, durant l'année ou une partie de l'année, vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté ou autres.
- 049** Révision effectuée pour tenir compte de la période de l'année qui précède le décès.
- 050** Remboursement effectué selon les renseignements fournis par votre assureur.
- 051** Les pièces justificatives fournies ne correspondent pas à l'année demandée.
- 053** Le montant forfaitaire a été recalculé selon la prime-témoin de dernier groupe auquel vous appartenez tel que spécifié à l'annexe de la lettre d'entente 75.
- 054** La période couverte par votre demande de remboursement excède un an. Nous avons procédé au règlement de l'année indiquée à votre état de compte. Veuillez soumettre une nouvelle demande pour l'année manquante.
- # **055** Révision d'une demande de remboursement suite à une modification de votre entente.
- # **056** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à votre contribution.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

6.2 MSG / SERVICES MÉDICAUX

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. (*)
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. (*)
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. (*)
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. (*)
- 105** Personne non admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. (*)
- 106** Le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée, telle que fournie. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. (*)
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. (*)
- 112** L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. (*)
- 113** Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. (*)
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. (*)
- 117** La personne n'est pas admissible à un programme d'aide de dernier recours à la date des services. (*)
- 118** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus, parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de six mois applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide de dernier recours n'est pas respecté. (*)
- 120** L'adresse de la personne assurée ne correspond pas à celle inscrite dans nos fichiers. Une vérification est en cours.
- 121** En raison de la règle 6 du préambule particulier de médecine nucléaire, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 123** La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas au fichier d'inscription des personnes assurées.
- 124** Conformément aux instructions de facturation figurant sous les codes d'acte de traitements psychiatriques, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 035.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 125** En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques ou de la règle 8 du préambule de chirurgie, l'acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 127** Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne assurée de 18 à 64 ans inclusivement (réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- # **128** Les honoraires demandés ont été refusés puisqu'ils n'ont pas été réclamés sur un formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200*. Le code de l'acte facturé sur la demande de remboursement présentée par la personne assurée, a été modifié pour correspondre au service assuré en vigueur et présent à la nomenclature de l'entente concernée. Veuillez facturer conformément aux dispositions de l'entente ainsi qu'aux instructions de facturation paraissant dans le Manuel de facturation sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 138** Seuls les médecins participants peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement (voir entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale).
- 139** Conformément à l'entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale, il ne peut être payé qu'un demi-forfait par période de 6 mois.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** Nos fichiers indiquent qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.
- 143** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté.
- # **144** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance, même s'il est facturé avec plus d'un modificateur. Le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 145** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance, même s'il est facturé avec plus d'un modificateur.
- 146** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins qui évaluent l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147** Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- 148** Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte 09810 « Comparution à la cour ».
- 149** Vous ne pouvez être rémunéré pour le code d'acte demandé car les services payables au regard d'une ordonnance de traitement, sont ceux de votre entente générale.

- 150 En raison de la règle 3.1 du préambule de la radiologie diagnostique, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.
- 151 En raison de la règle 7.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 152 En raison de la règle 8.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 153 En raison de la règle 10.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 154 En raison de la règle 11.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 156 En raison de la règle 2.4.7.4 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 160 Selon la note ou la remarque inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable.
- 161 Selon la note inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable, car la chirurgie a été pratiquée sous anesthésie générale et réclamée par un autre professionnel.
- 162 Cet acte ne peut vous être payé car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 ou 062 en précisant les modificateurs pertinents dans la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 164 Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).
- 165 Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient et a déjà été payé à un autre professionnel (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).
- 166 En raison de la règle 2.4.4 du préambule général, aucun paiement d'honoraire n'est prévu pour l'observation, le médecin n'est rémunéré que pour les **services médicaux** qu'il a lui-même fournis.
- 167 Cet acte est non payable puisqu'il vous a été payé en rôle 2 pour l'acte codé en référence.
- 168 Cet acte est non payable puisqu'il a été payé à un autre professionnel en rôle 2 pour l'acte codé en référence.
- 174 Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.
- 175 L'anesthésie est non payable, car sur l'une des lignes du service le modificateur utilisé est incompatible avec l'établissement. Veuillez vérifier le modificateur et le code d'établissement et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 193 Conformément à l'Entente particulière clinique-réseau, les modificateurs 176 et 180 ou leurs multiples sont acceptables seulement dans une clinique-réseau.
- 194 Le modificateur ou le code d'acte utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains CHSGS, Entente particulière Centre de santé Chibougamau et Entente particulière soins intensifs ou coronariens).

- 196** Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement. S'il y a lieu, veuillez vérifier si votre établissement adhère toujours au même régime (Régime A ou B) (réf. : Entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés ou de la règle 2.2.9 B du préambule général).
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-admissible, les services facturés ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. (Références: art. 36 de la Loi sur l'assurance maladie, art. 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et art. 16.01 - 5e alinéa de votre entente.
- 204** Nous n'avons pas reçu votre nomination ou votre octroi de privilèges d'exercice en médecine de laboratoire.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 207** Afin de recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance aux professionnels peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice de l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 217** Seul le médecin autorisé à se prévaloir des dispositions de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS » - Régime A (MOD 126) - Régime B (MOD 151) ou de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut facturer avec un de ces modificateurs pour les services médicaux rendus dans ces établissements.
- 218** Seul le médecin qui fait partie du groupe autorisé par la lettre d'entente #132 peut se prévaloir du forfait dispensé dans le service d'urgence d'un établissement.
- 220** À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.3 et 2.2.3A).
- 221** À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen psychiatrique complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.5).
- 222** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services vous déteniez des privilèges en obstétrique ou des privilèges complets dans une discipline chirurgicale dans l'établissement où les services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise, et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 224** Les services ne peuvent vous être payés parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 225** Les services ne peuvent vous être payés puisqu'ils ne sont pas assurés (réf. : Loi sur l'assurance maladie, art.3).
- 230** Selon nos dossiers, le professionnel ne détient pas de privilèges lui permettant d'interpréter des électrocardiogrammes en centre hospitalier et en C.L.S.C., à la date des services.
- 232** La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives car il a déjà été payé à un autre professionnel.
- 235** En raison de la règle 8.2 du préambule de chirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.
- 245** En raison de la règle 8.2 du préambule de chirurgie, les chirurgies multiples dont au moins une d'elles paraît sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles paraissant sous la rubrique « Nerfs périphériques », pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- 250** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié. Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers. Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 254** L'avis de service que vous détenez ne vous permet pas d'être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 255** Selon la nomination que vous détenez dans l'établissement, vous ne pouvez réclamer ce forfait ou utiliser ce modificateur que les samedi et dimanche (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible, à la date de l'acte.
- 276** Conformément à l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, il ne peut être payé qu'un montant forfaitaire par semaine, **par GMF** au médecin responsable, du dimanche au samedi.
- 277** Seul le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet peut facturer l'allocation supplémentaire prévue à la lettre d'entente n° 131.
- 279** Le nombre maximum permis est dépassé pour le supplément de responsabilité (réf. : Préambule général, règle 2.2.6B).
- 280** Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. (*)
- 282** Honoraires payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 290** Le maximum payable est dépassé en raison de l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables.
- 291** En raison de l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables, ce code est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 292** Conformément à l'annexe V de l'Entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, le maximum prévu est dépassé.
- 293** Les honoraires demandés ont été refusés; un seul demi-forfait par jour est payable (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).
- 294** Les honoraires demandés ont été refusés : le nombre maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).
- 295** Les honoraires demandés ont été réduits ou refusés : le nombre d'heures maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (Entente particulière pour la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés).
- 296** Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine.
- 297** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : Préambule général, règle 2.9).
- 298** Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299** Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif; le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300** Dates d'examen rectifiées conformément aux renseignements fournis sur la demande de paiement.
- 301** Sur une ligne de la section VISITES de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. (*)
- 302** Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 303** Les honoraires demandés ont été refusés **ou modifiés** : le nombre maximum annuel prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé.
- 304** Honoraires du service ou du forfait refusé puisqu'ayant déjà fait l'objet du versement d'un montant forfaitaire.
- 305** La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont facturés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du formulaire.
- 306** Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- 308** Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée. Voir la note sous « Angioradiologie (technique) », onglet « Radiologie diagnostique ».

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 309** La date d'accident est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. Voir la date de réception dans la colonne DATE sur votre état de compte.
- 310** Conformément à une décision administrative de la CSST. La date d'accident n'est pas valide.
- 311** La date de naissance de la personne assurée est postérieure à la date des services rendus.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. Voir la date de réception dans la colonne DATE sur votre état de compte.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit être rédigée selon les indications inscrites aux sections 5.5.4 et 5.6 sous l'onglet « Paiement ».
- 317** En raison de son libellé (description), le modificateur utilisé est incompatible avec ce jour de la semaine.
- 320** La date de l'acte facturé sur cette ligne est erronée. (*)
- 321** La date de l'acte facturé sur cette ligne est manquante, illisible ou incomplète. (*)
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 329** En raison de la règle 2.7 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 330** Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 1.4 du préambule particulier de la médecine nucléaire).
- 332** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé que s'il est précédé d'une anesthésie.
- 342** En raison de la règle 2.2.6 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 343** En raison des règles 1.1.5 et 2.2.6 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 346** En raison de la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie (tarif des services de laboratoire), cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence. (*)
- 347** En raison de la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie (tarif des services de laboratoire), cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel. (*)
- 348** En raison de la règle 15.2 du préambule particulier de la radiologie diagnostique (tarif des services de laboratoire), cet acte est inclus avec celui indiqué en référence. (*)

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 349** Vous ne pouvez demander d'autres services lorsque vous facturez le code d'acte du tarif global (09099) lors du déplacement d'urgence (réf.: Pr. général, règle.1.5).
- 350** L'acte demandé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 355** En fonction du libellé (description) de l'acte ou de l'avis s'y rapportant.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 357** En raison de son libellé (description), une seule valeur de base est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- 358** En raison de son libellé (description), une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- # 360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 363** L'acte est non tarifé. Voir Préambule général, règles 1.3.1 à 1.3.5.
- 364** Conformément à la règle 1.3.1 du préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 368** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui en référence. (réf. : Préambule général, règle 2.2.6C, paragraphe 3).
- 369** Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour correspondre à l'âge de la personne assurée. Veuillez référer à l'onglet « Consultation et examen ».
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 371** Sexe de la personne assurée incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leurs libellés (description) respectifs, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 378** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services, en tenant compte des dispositions relatives à la rémunération différente et des données inscrites sur la ligne de service.

- 380** Code d'acte requérant des renseignements supplémentaires pour son évaluation.
- 381** Vous devez inscrire le numéro du CSSS valide (94XXX), la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utilisez la lettre A dans la case C.S.)
- 382** Le nombre de personnes traitées n'atteint pas le minimum requis pour cet acte à traitement collectif.
- 383** Ce code d'acte doit être facturé dans la section « Actes ».
- 385** Le maximum payable est dépassé.(réf. : Préambule général, règle 2.2.6C, paragraphe 3 ou 4, selon le cas).
- 386** Selon la règle 1.3 du préambule général, la Régie ne peut autoriser cette facturation pour un acte médical non tarifé.
- 387** Le maximum payable **et** déjà payé à un autre professionnel est dépassé (réf. : Préambule général, règle 2.2.6C).
- 389** Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.
- 392** Conformément au maximum prévu à la note relative à cet acte.
- 393** Conformément au maximum prévu à la note relative à cet acte, lequel a déjà été payé à un autre professionnel.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 399** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 400** Le service non négocié est payé sous le code d'acte indiqué sur votre état de compte et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 401** Le service est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 402** L'acte n'a pas été inclus à l'entente par décision du ministre de la Santé et des Services sociaux ou de votre Fédération.
- 403** Services non assurés par le régime d'assurance maladie.
- 404** À l'intention d'un professionnel détenant un privilège en radiologie diagnostique dans un centre hospitalier . Les services rendus en établissement doivent être facturés selon les modalités de facturation établies. Voir la règle 1.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique.
- 405** L'anesthésie est non payable, car l'une des lignes du service comporte une erreur de facturation. Veuillez vous référer au message explicatif et refacturer l'ensemble de l'acte anesthésique.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 409** En raison d'un défaut de complètement.
- 410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.

- 411** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum.
- 414** L'acte facturé a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** Acte(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 417** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 2 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement pour le rôle 1.
- 418** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande d'honoraires de la part du chirurgien principal.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 421** À la suite d'une entente entre les parties négociantes, le service non tarifé est payé sous le code d'acte indiqué mais, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 422** Le service non négocié est inclus dans l'acte indiqué en référence et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 423** À la suite d'une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 425** Cet acte fait partie d'un autre acte qui est indiqué en référence.
- 426** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez l'inscrire dans la case « Distance ».
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.
- # 435** Selon l'article 30.06 du mécanisme de dépannage, la compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou hélicoptère personnel ou nolisé.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.

- 442** Selon la règle 1.4 du préambule général, le forfait compensatoire (code 09996 ou 09998) est payable seulement si le médecin assume seul sur place, la garde de soir ou de nuit. Toutefois un deuxième médecin est autorisé pour la garde de nuit dans certains établissements désignés et le forfait compensatoire (09994) est alors permis. Veuillez effectuer une demande de révision pour les actes médicaux posés au cours de la période de garde et qui vous ont été payés à 50 % (MOD 096) ou à 90 % (MOD 097).
- 443** Selon la règle 1.6 du préambule général, l'acte facturé en rôle 2 est non payable.
- 448** Conformément au maximum prévu au préambule particulier de biochimie médicale.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 463** En raison de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 475** Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 046 et ses multiples est acceptable seulement en cabinet privé et en CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.
- 476** Conformément à la règle 2.2.9 A ou 2.2.9 C du préambule général, le modificateur 045 ou 127 et leurs multiples sont incompatibles avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.
- 477** Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 101 est acceptable seulement pour une unité de médecine familiale désignée.
- 478** En raison de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 479** Le maximum du nombre de forfaits de garde en disponibilité autorisé est dépassé selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.

- 493** En raison de l'article 6 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 496** Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.
- 497** Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de l'examen, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 501** Les forfaits 08896, 09997, 19107 comprennent la prestation de l'ensemble des services médicaux fournis au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.
- 504** Code d'acte payable les fins de semaine, seulement.
- 506** Code d'acte payable les fins de semaine et les jours fériés seulement.
- 508** L'examen complet majeur ne peut être facturé par le même professionnel, plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.
- 509** En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 510** En raison de la règle 1.1.1 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison des règles 1.1.1 et 1.1.5 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 513** En raison de la règle 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 514** En raison des règles 1.1.5 et 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8 du préambule de chirurgie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 519** En raison des règles 1 et 2 (2^e alinéa) du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison des règles 1 et 2 (2^e alinéa) du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 6 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 526** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 528** En raison de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 531** En raison de la règle 5 du préambule de chirurgie, l'acte pour lequel vous demandez paiement est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.
- 534** En raison de la règle 2.02 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 535** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2.02 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 538** En raison de la règle 2.04 du préambule particulier du musculo-squelettique, l'acte pour lequel vous demandez paiement est sujet à l'application du modificateur 024 ou 025 ou 027.
- 539** En raison de la règle 3.01 du préambule d'anesthésie-réanimation, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540** En raison de la règle 9.01 du préambule d'anesthésie-réanimation, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 541** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 542** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 543** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 544** En raison de l'article 7 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

- 545** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 7 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 548** En raison de leurs libellés (description) et de la règle 1.1.5 du préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 551** En raison du régime A ou B de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains CHSGS, le paiement de cet acte ne peut être demandé.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 557** Aucun honoraire ne figure au tarif pour le rôle inscrit sur la demande de paiement. Veuillez soumettre ce cas à votre Fédération.
- 559** Acte non payable car le patient inscrit ne présente pas une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'Annexe V de l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille.
- 560** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.
- 561** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.
- 562** Selon leur définition, ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.
- 564** Le code d'acte utilisé a été changé pour le rendre conforme à celui indiqué par le médecin en rôle 1.
- 565** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 566** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 567** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.
- 568** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 du préambule particulier de la chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 570** Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte dans le cadre de votre entente.
- 571** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.
- 572** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.

- 574** L'heure indiquée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne correspond pas avec le modificateur employé. (*)
- 575** Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir 4.2.6, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 578** Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison des modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 583** En raison de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 049.
- 584** Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.
- 587** Conformément à la NOTE 3 sous le titre « Fracture - colonne », vos honoraires sont réduits au tiers (MOD 059) parce qu'un autre médecin a facturé le temps orthopédique (MOD 058)
- 588** On accorde au médecin anesthésiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance (Ref. : Préambule d'anesthésie-réanimation, règle 10.01).
- 590** Conformément à la NOTE 3 sous le titre « Fracture - colonne », vos honoraires sont réduits aux deux tiers (MOD 058) parce qu'un autre médecin a facturé le temps chirurgical (MOD 059).
- 591** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de médecine nucléaire, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour paiement.
- 593** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de médecine nucléaire, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire.
- # **595** Selon l'article 10 de l'annexe XIII, vous n'avez pas la désignation requise pour être rémunéré pour cet acte.
- 596** La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.
- 597** Conformément à la règle 9 du préambule particulier de l'anesthésie-réanimation, le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.
- 598** À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis administratif qui figure sous l'acte facturé.
- 600** La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : Entente particulière en anesthésie en CHSGS). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 601** Conformément à l'AVIS relatif aux traitements psychiatriques, les honoraires doivent être 0 \$ lorsque le modificateur 035 est utilisé.

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu*

- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 614** Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la ligne de service ou sur la demande de paiement.
- 616** Les honoraires demandés ont été réduits, le montant maximum par jour pour l'ensemble des professionnels de l'établissement ayant été dépassé. (Ententes particulières visant la rémunération de certaines gardes en disponibilité).
- 617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical .
- 618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour l'ensemble des soins du nouveau-né en santé ou des soins post-partum.
- 620** Conformément à l'article 11 du préambule particulier de l'obstétrique, lorsqu'il y a un partage de la rémunération, chacun des médecins se prévaut des 2/3 des honoraires visés.
- 621** Conformément à l'annexe XIII de l'Entente, seuls les médecins désignés par la CSST ou pour l'IVAC peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622** Conformément à l'annexe XIII de l'Entente, seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 625** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.
- 634** En raison des règles 1 et 5 du préambule de la chirurgie, les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.
- 635** En raison des règles 1 et 5 du préambule de la chirurgie, les soins postopératoires confiés ne peuvent être réclamés plus d'une fois (déjà réclamé par un autre professionnel).
- 638** La majoration d'honoraires pour un examen d'urgence (modificateur 014) est payable seulement dans les centres hospitaliers de courte durée.
- 639** Vous avez utilisé un modificateur qui ne peut être accepté dans l'établissement identifié sur votre demande de paiement (réf. : Préambule général, règle 1.4, l'Annexe IX de l'entente, article 5.3 ou 5.4 ou l'Annexe XVIII ou la Lettre d'entente n°164).
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'**AVIS** relatif à l'acte facturé.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu*

- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».
- 650** Demande de paiement soumise à une expertise particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept quantième(s) (dates) par ligne peuvent être inscrits dans la section visites.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 653** Conformément à l'article 7.00 de l'Entente particulière «Malades admis en certains CHSGS» ou des modalités de l'Annexe XVIII, vous ne pouvez facturer le code d'acte inscrit sur la demande de paiement.
- 654** Ajustement d'intérêt.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09272. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains C.L.S.C. ou la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains C.L.S.C. dans le cadre du réseau de garde intégré.
- 658** Mode de facturation non conforme pour le code d'acte inscrit. Voir l'**AVIS** sous la règle 1.4, Préambule général ou sous article 5.01 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSCG désignés ».
- 659** Service(s) non rémunéré(s) à la suite de la décision de la CSST.
- 660** Seuls des codes d'acte de traitements collectifs peuvent être facturés sur la même demande de paiement.
- 661** La date de l'accident ou de l'événement exigée pour des services imputables à la CSST est absente ou invraisemblable.
- 662** Les demandes de paiement pour les services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST doivent porter les indications suivantes :
- La lettre « S » dans la case C.S.
 - La date d'événement ou d'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case C.S.
- 664** Le nombre de jours inscrit dans la case NOMBRE ne correspond pas au nombre de quantième(s) (dates) mentionnés dans la case JOUR. Voir 4.2.8, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

- 669** Dans la section VISITES, les honoraires demandés doivent être inférieurs à **1 000 \$ par ligne.** (*)
- 676** Conformément aux explications figurant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- 678** Selon la Lettre d'entente n° 77, ou 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 désignés, il y a incompatibilité entre les modificateurs inscrits à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (*)
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 681** Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.
- 682** Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.
- 683** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 684** Demande de paiement rectifiée suite à la mise à jour des inscriptions pour un médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF ou relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi à la clientèle.
- # **685** Facturation inexacte du modificateur 061. Voir annexe IX article 5.3 de l'Entente. Veuillez refacturer en utilisant le modificateur 096, 097, 105, 106, 107, 108, 401, 402 ou 403 seulement.
- 686** Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte codifié au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.
- 689** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **avant** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **depuis** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 700** Sur cette demande de paiement, seule la ligne « Déplacement » est remplie. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus, la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988) n'a pas été rempli.
- 704** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.
- 705** Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 706** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- 707** Le temps de déplacement (code 09992) ne peut être facturé seul. Veuillez refacturer en fournissant les renseignements et les documents concernant vos frais de déplacement. Si ceux-ci ont déjà été transmis à la Régie avec une autre demande de paiement, inscrire le numéro dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 708** La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance **unidirectionnelle** établie selon les outils de mesures déterminés par les parties négociantes.
- 709** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 du mécanisme de dépannage, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres. Si vous utilisez uniquement votre véhicule personnel **OU** si vous utilisez d'autres moyens de transport, vous devez inclure le kilométrage dans les frais demandés (utilisation de l'acte **09991**) pour tous les moyens de transport utilisés pour votre déplacement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 710** Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.
- 711** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.10 du mécanisme de dépannage, les conditions pour avoir droit au remboursement des frais de transport prévu lors d'une sortie aller-retour ne sont pas remplies.
- 712** Les frais de transport demandés ne sont pas autorisés.
- 714** Les frais de déplacement sont payables seulement si le professionnel détient un contrat de dépannage à la date des services.
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716** Selon l'article 30.09 du mécanisme de dépannage, les frais de déplacement demandés sont supérieurs au maximum prévu.

- 717** Conformément à l'article 30.00, les codes d'acte **09991** et **09992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans le cadre du dépannage.
- 718** Absence de code d'acte justifiant la réclamation du déplacement sur la demande de paiement.
- 719** Les honoraires ont été ajustés ou refusés conformément aux dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage.
- 720** Un déplacement de plus de soixante kilomètres doit faire l'objet d'une demande de considération spéciale à partir du 1^{er} octobre 2008. Avant cette date, le déplacement devait être de plus de quarante kilomètres.
- 721** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- # **722** Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour identifier les services dans le cadre du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'inscription de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'exclure les services du calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.
- # **723** Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour exclure les services du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'annulation de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'inclure les services dans le calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Le temps de déplacement a été modifié ou refusé compte tenu du nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- 727** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09090. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels en anesthésie, dans certains centres hospitaliers de courte durée.
- 728** Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables par le mode de rémunération à l'acte, mais plutôt à tarif horaire. Nous avons introduit celle-ci dans le système approprié et elle paraîtra de nouveau sur un prochain état de compte.
- 729** En raison de la règle 2.06 du préambule particulier du musculo-squelettique, la majoration des honoraires ne s'applique pas.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 732** La réclamation des frais de kilométrage n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (09992) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 733** Un seul forfait est permis pour une même période de garde (article 7.03 de l'Entente particulière : « Anesthésie dans certains C.H. de courte durée »).
- 734** Un seul forfait est permis pour une même période de garde et déjà facturé par un autre professionnel (article 7.03 de l'entente particulière : « Anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée »).
- 735** Conformément à la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.

- 736** Conformément à la règle 2.9 du préambule général, les modificateurs 060 et 063 sont acceptables seulement dans un centre hospitalier de courte durée.
- 750** Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez-vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 756** Seul le médecin agréé par le comité d'éthique d'un centre hospitalier désigné peut être rémunéré pour cet acte.
- 760** Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.
- 766** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 769** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 770** Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), une seule indemnité de déplacement peut être accordée par période de dépannage pour un même établissement.
- 772** Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 accompagnée de pièces justificatives.
- 773** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 775** Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 776** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 777** Ce modificateur est applicable seulement pour un service rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 787** Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788** Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre professionnel.
- 790** Frais de déplacement non acceptables en raison de l'article 7.01 de la Lettre d'entente n° 116).
- 791** Code de forfait payable à un médecin faisant partie du groupe de médecine de famille, correspondant à l'établissement facturé. (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 792** Seul le médecin responsable d'un groupe de médecine de famille peut être rémunéré pour ce code de forfait (réf. : Section VI, annexe V, Entente particulière concernant les GMF).
- 793** Pour être rémunéré pour cet acte, vous devez avoir inscrit ce patient (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 794** Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.

- 795** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 796** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 797** Le temps de déplacement facturé a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 798** Acte payable à un médecin inscrit à un programme de ressourcement (réf. : Lettre d'entente n° 131).
- 799** Pour facturer ce code de forfait, vous devez être un médecin faisant partie du même GMF que le médecin de famille de la patiente inscrite sur la demande de paiement.
- 800** Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. (*)
- 802** Le code d'établissement **ou** de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. (*)
- 803** Le code d'établissement **ou** de localité, est manquant, illisible ou incomplet. (*)
- 804** Le code d'établissement **ou** de localité, est inexistant à la date des services. (*)
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement.
- 808** Conformément à l'article 22, alinéa q.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. (*)
- 815** Selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille, cet acte ne peut être facturé puisqu'aucun forfait de garde en disponibilité n'est autorisé à cet établissement.
- 816** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en centre hospitalier.
- 821** La date d'entrée à l'établissement est erronée. (*)
- 822** La date d'entrée à l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. (*)
- 823** Selon les paragraphes 5.01 et 5.02 de l'E.P. - Médecin enseignant, il y a incompatibilité entre le code d'acte réclamé et le numéro de facturation inscrit dans la case Code d'établissement.
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas accepté pour les services rémunérés à l'acte. (*)

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 828** Code de forfait requérant un code d'établissement faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF). (*)
- 829** Conformément aux ententes particulières concernant la rémunération de certaines gardes et/ou lettre d'entente et/ou à la règle 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 836** Un seul forfait est permis pour une même période de garde (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).
- 837** Un seul forfait est permis pour une même période de garde et celui-ci a déjà été payé par la Régie à un autre professionnel (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).
- 838** Le maximum de forfaits de garde est dépassé. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 840** Selon sa nature ou son libellé (description), cet acte ne peut être facturé que lorsqu'effectué dans un établissement disposant d'une unité de soins intensifs pour grossesse à risque élevé, reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 844** Tel que stipulé à l'annexe XVI, vous ne pouvez à la date des services, exercer dans l'établissement mentionné sur la demande de paiement.
- 845** Les services facturés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté et concerné par une exception prévue au paragraphe 1.11 ou 4.10 de l'annexe XV doivent être dispensés lorsque requis par un établissement ou par une direction régionale de santé publique et autorisés par accord
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : Entente particulière en anesthésie en CHSGS)
- 848** Lorsque vous remplacez temporairement un médecin omnipraticien ou spécialiste pour rendre des services anesthésiques, dans certains centres hospitaliers de courte durée, vous devez obligatoirement facturer à la vacation.
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 850** Conformément aux accords, lettres d'entente et ententes particulières relatifs aux modes de rémunération, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire ou selon un per diem.
- 851** Selon l'entente particulière « Rémunération soins psychiatriques », ces services doivent être facturés selon le mode des honoraires fixes ou de la vacation.
- 852** La rémunération à l'acte dans cet établissement requiert la signature d'un contrat de services spécifique.
- 853** Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'effectuer de la garde dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande.
- 854** Conformément aux modalités prévues à votre entente particulière et selon votre nomination spécifique, la garde sur place est rémunérable à honoraires fixes.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 860** Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'être rémunéré pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 862** Selon nos fichiers, la date du service facturé est à l'extérieur de la période du contrat de dépannage rémunéré à l'acte dans cet établissement.
- 863** Dans le cadre du mécanisme de dépannage rémunéré à l'acte, ce service doit être facturé dans la section « Actes ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 866** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis de désignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour ce modificateur. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 868** Conformément à l'E.P. relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, les deux forfaits de soutien au démarrage sont payés seulement pour chacun des 150 premiers patients vulnérables que le médecin inscrit.
- 869** Conformément à l'E.P. relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, le premier forfait facturé lors de l'inscription de ce bénéficiaire doit avoir été payé afin d'autoriser le second à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectuée plus de douze (12) mois après l'inscription.
- 871** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **per diem** au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. **Ce service ne doit pas être refacturé.**
- 873** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **per diem** au cours d'une journée au sein d'un établissement, ne peut être rémunéré au sein d'un autre établissement pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. **Ce service ne doit pas être refacturé.**
- 874** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **demi per diem** au cours de la plage horaire de l'après-midi (plage no 3), ne peut être rémunéré pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 12 h en cabinet ou dans tout établissement. **Ce service ne doit pas être refacturé.**
- 875** Pour ce patient, nous avons reçu la confirmation de son inscription auprès d'un autre médecin. Nous avons procédé à l'annulation de votre inscription pour ce patient.
- 876** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient doit être inscrit au moyen du formulaire prescrit.
- 877** Nous ne retrouvons aucune identification du médecin de famille, à la date des services, à partir des informations inscrites sur la demande de paiement. Pour l'enfant de moins d'un an, qui n'a pas sa carte d'assurance maladie, les renseignements présents sur la demande de paiement doivent être identiques à ceux que vous nous avez transmis lors de l'identification médecin-patient. (*)

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 878** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit doit présenter une des catégories de problème de santé décrites à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle.
- 880** Service révisé à la suite de l'analyse de votre facturation par la Régie. **Aucune refacturation n'est possible pour ce service.** Seule une demande de révision est possible.
- 881** Code de forfait payable à un médecin faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 882** Pour être rémunéré pour cet acte, le médecin doit avoir inscrit un patient au moyen du formulaire prescrit.
- 886** Conformément à l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, seuls les médecins d'un même groupe de pratique peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 887** Le code d'acte facturé doit être celui à utiliser dans le lieu de suivi habituel.
- 888** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient doit être inscrit au moyen du formulaire prescrit. Dans le cadre de la pratique de groupe, le professionnel doit inscrire le numéro de facturation (octroyé par la Régie) du lieu où le groupe de pratique est constitué.
- 889** Conformément à l'E.P Garde sur place – certains établissements et à l'article 1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence du préambule général de l'annexe V, vous devez utiliser un modificateur de pourcentage pour la facturation du service.
- 890** Conformément à la lettre d'entente 229, seuls les médecins ayant une entente de partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement ou document non dûment signé.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. (*)
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique, mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section PRÉVALIDATION du rapport « retour d'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 908** Il y a recouvrement du pré paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucune information ne paraît sur la ligne de service. (*)

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 914** Lorsqu'un acte de traitement collectif est facturé, le numéro d'assurance maladie des personnes assurées concernées doit être inscrit tel qu'indiqué à la section 4.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 917** Cet acte est payable une seule fois par accident de travail ou par récurrence, rechute ou aggravation suite à une consolidation (RRA).
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire n° 1549.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 926** Cet acte médico-administratif ne peut être payé pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis, la présence de l'acte prérequis ne respecte pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 936** Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.
- 937** Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.
- 938** Services déjà réclamés à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres ou est erroné. (Voir 4.2.2 ou 4.2.3, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). (*)
- 941** Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est absent ou erroné. (Voir 4.2.5, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). (*)
- 942** La date des services est manquante, incomplète ou erronée. (Voir 4.0, section : Avant-propos, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). (*)
- 944** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. (*)
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. (*)

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 947 Aucun service ne peut être facturé sur le même formulaire n° 1200 qu'un code relatif à l'identification à la Régie de la clientèle vulnérable ou à l'inscription générale de la clientèle.
- 950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951 Paiement rectifié pour faire suite à une étude du Service des enquêtes.
- 952 Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le Service des profils de pratique
- 959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960 Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.
- 961 La constatation de décès est payable au médecin qui ne participe ni au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**, le code d'acte est **non payable** s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques, une règle du Préambule général ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et **facturé par un autre médecin**, en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé **par un autre médecin**.
- 974 En raison de la règle 2.11 du préambule particulier du musculo-squelettique, le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.
- 975 En raison de la règle 2.11 du préambule particulier du musculo-squelettique, le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description) ou la nature des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 981 Le code d'acte est non payable ou incompatible en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**. Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.

- 982** Le code d'acte **est non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et **facturé par un autre médecin** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 997** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section RÉGLEMENT du rapport « retour d'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 998** À l'usage de la Régie, ne pas en tenir compte. Dossier assujetti aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 999** À l'usage de la Régie: ne pas en tenir compte.

6.3 MSG / PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

- # AVIS : *Les messages explicatifs concernant le programme en formation continue sont déplacés dans la Brochure no 3 des médecins omnipraticiens.*