

8. MANUELS ET FORMULAIRES

MANUELS

À la suite de sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque médecin omnipraticien une copie des manuels et brochures qui le concernent.

COMMANDE

Le médecin peut obtenir des copies supplémentaires ou des copies d'autres manuels moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

MANUELS SUR INTERNET

Les manuels et brochures de la Régie sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et même imprimer les pages désirées. Référer également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

8.1 LISTE DES MANUELS DISPONIBLES (*)

| # TITRE DU MANUEL | Numéro |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Manuel des médecins omnipraticiens | 100 |
| Brochure n° 1 - Médecins omnipraticiens - Entente , Lettres d'entente, Accords, Ententes particulières, Décrets | 104 |
| Brochure n° 2 - Médecins omnipraticiens - Rémunérés à Honoraires fixes , à la vacation, au tarif horaire ou au per diem | 105 |
| Brochure n° 3 - Médecins omnipraticiens - Mesures incitatives | 106 |
| Manuel des médecins omnipraticiens - Services de laboratoire en établissement (S.L.E.) | 120 |
| Manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique . . | 280 |
| Manuel du programme des aides auditives | 290 |
| # Manuel du programme des aides visuelles | 300 |
| Liste de médicaments. | 440 |
| Liste des appareils suppléant à une déficience physique | 470 |

(*) Cette liste n'est pas exhaustive.

8.2 FORMULAIRES

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

DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (Formulaires n° 1200 et n° 1063)

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

Toute demande au-delà de cette limite sera tarifée. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte. Pour plus d'information, veuillez consulter la rubrique Administration de la pratique / Frais administratifs dans votre section du site Internet de la Régie.

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

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

Qxxxxxx Cxxxxxx

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

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

COMMANDE

Pour toute commande de formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

FORMULAIRES DANS INTERNET

Une liste des principaux formulaires figure dans le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter et, dans certains cas, les télécharger et les imprimer. Veuillez vous référer à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

Numéro

8.2.1 DEMANDE DE PAIEMENT

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Demande de paiement - Médecins - Format continu | 1063 |
| Demande de paiement - Médecins (<i>Voir onglet</i> Rédaction de la demande de paiement, <i>section 4</i>) | 1200 |
| Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation - (<i>Voir Brochure n° 2</i>). | 1215 |
| Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (<i>Voir Brochure n° 2</i>). . . | 1216 |
| Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation du Québec - en continu (<i>Voir brochure Services de laboratoire en établisse- ment</i>) | 1606 |
| Document complémentaire - Considération spéciale (<i>Voir onglet</i> Rédaction de la demande de paiement, <i>section 4.2.4.1</i>) | 1944 |
| Déclaration d'assurance hospitalisation - Demande de paiement | 3716 |
| Réclamation - hors province | 2688 |

8.2.2 DOCUMENTS DE FACTURATION

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Demande de révision | 1549 |
| Demande d'autorisation de paiement (Médicament d'exception) | 3633 |
| Demande d'autorisation de paiement (Mesure du patient d'exception) | 3996 |

8.2.3 FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION INFORMATISÉE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Description du système de facturation informatisée | 2102 |
| Demande d'accréditation et renseignements pour facturation informatisée . | 2404 |
| Mandat - Agence commerciale de traitement de données | 2788 |
| Demande d'accréditation et renseignements pour facturation informatisée - Professionnel de la santé hors du Québec. | 3018 |

8.2.4 MANDATS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers | 3004 |
| Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement. | 3005 |
| Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe | 3006 |

8.2.5 AUTRES FORMULAIRES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Commande de formulaires | 1491 |
| Demande de remboursement à la personne assurée (Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, <i>section 4.4</i>) | 1800 |
| Demande de remboursement des frais de déplacement (Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, <i>section 4.6.5</i>) | 1988 |
| Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle (Voir page 4 de la présente section) | 2904 |
| Autorisation de paiement par dépôt direct | 2914 |
| Demande de remboursement - Programme de formation continue (Annexe XIX) | 3814 |
| Demande de remboursement des mesures incitatives (Voir Brochure n° 3) | 3336 |
| Fiche d'information (personne en perte sévère d'autonomie) (P.G. 2.2.6A) . | 3726 |
| Demande de prestations / Assurance invalidité | 3912 |
| Demande initiale - Invalidité | 3913 |
| Rapport d'évolution - Invalidité | 3914 |

#8.2.6 FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille | 4055 |
| Consentement à la pratique de groupe aux fins du paiement du forfait de responsabilité | 4060 |
| # Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet | 4066 |
| Avis d'absence et de prise en charge temporaires aux fins du paiement du forfait de responsabilité | 4072 |
| Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF | 4094 |
| # Renseignements sur les groupes de médecine de famille | 4095 |
| # Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille | 4096 |
| # Inscription auprès d'un médecin de famille - Informations pour prendre une décision éclairée | 4107 |

DEMANDE DE REMBOURSEMENT RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ (Formulaire n° 2904)

0000

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
relative à l'assurance responsabilité professionnelle

À L'USAGE DE LA RÉGIE

Identification du professionnel

| | | |
|-----|--------|--------------------------------|
| NOM | PRENOM | NUMERO AU COMPLET (7 CHIFFRES) |
|-----|--------|--------------------------------|

Contrat d'assurance

| NUMERO DE CONTRAT | NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE | CODE COMPAGNIE D'ASSURANCE | PERIODE DE LA COUVERTURE | | | | | | MONTANT TOTAL DE LA PRIME (excluant les autres frais) |
|-------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|------|------|-------|------|------|-------------------------------------------------------|
| | | | DEBUT | | | FIN | | | |
| | | | ANNEE | MOIS | JOUR | ANNEE | MOIS | JOUR | |

| | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| 01- Assurance Eicon Inc. | 05- Association canadienne de protection méd. | 09- Binder |
| 02- Soc. nat. de gestion d'assurance N.I.M. Inc. | 06- Gestas Inc. | 10- Lloyd's de Londres |
| 03- Guardian Inc. (Encon) | 07- La Prudentielle | 11- Autre |
| 04- N.I.M. (Encon) | 08- Guardian du Canada | |

Détail sur la prime payée

| PERIODE | | | | | | | CODE D'ACTIVITE DE L'A.C.P.M. | MONTANT DE LA PRIME PAYEE POUR LA PERIODE (excluant les autres frais) |
|--------------|------|------|-------|------|------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DEBUT | | | FIN | | | NOM DE L'ACTIVITE A.C.P.M. | | |
| ANNEE | MOIS | JOUR | ANNEE | MOIS | JOUR | | | |
| | | | | | | SPÉCIMEN | | ↓ |
| | | | | | | | | ↓ |
| | | | | | | | | ↓ |
| | | | | | | | | ↓ |
| | | | | | | | | ↓ |
| | | | | | | | | ↓ |
| TOTAL | | | | | | | | ↓ |

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel Joindre les pièces justificatives.

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande de remboursement sont exacts.

| | |
|-----------|-----------------------|
| Signature | DATE |
| | ANNEE MOIS JOUR |

Faire parvenir les documents à l'adresse suivante :

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

COPIE DU PROFESSIONNEL

2904 292 04/01

A - Usage du formulaire

Le médecin utilise ce formulaire pour demander le remboursement d'une partie de son assurance responsabilité, selon l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle et l'article 4.1 de l'annexe XII de l'Entente (*Voir Brochure n° 1*).

B - Instructions de facturation

Section « Contrat d'assurance »

- Inscrire dans les cases prévues à cette fin, le numéro du contrat d'assurance de même que le nom de la compagnie qui assure le professionnel. Les dates à inscrire sont les dates de début et de fin de la période assurée, inscrites sur le contrat. Les deux lignes supplémentaires serviront dans l'éventualité où le professionnel a été assuré par plus d'une compagnie au cours de la même année ou pour réclamer un remboursement pour plus d'une année.
- Case « Montant de la prime totale excluant la taxe »
Le montant à inscrire dans cette case est le montant total de la prime d'assurance (excluant la taxe provinciale et les frais d'administration). Il ne s'agit pas du montant que le professionnel croit obtenir en remboursement. La Régie fera le calcul de la quote-part remboursable.
- Ce formulaire doit être signé par le médecin.

C - Renseignements généraux

Au moment de faire parvenir le formulaire « Demande de remboursement », il est **extrêmement important** d'y joindre une copie de l'accusé de réception (ACPM) ou de **tout document attestant que la prime a effectivement été acquittée au complet**. Il est à noter que ces documents ne seront pas retournés. S'assurer de la lisibilité des documents expédiés.

En aucun cas, la demande ne doit nous parvenir dans le même envoi que les demandes de paiement régulières. Faire parvenir le formulaire dûment rempli, sous pli séparé, à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

Si les renseignements fournis sont incomplets ou s'il manque des pièces justificatives, la Régie se verra dans l'obligation de retourner les documents et le professionnel devra alors présenter une nouvelle demande de remboursement.

Si le professionnel a droit à un remboursement, le montant remboursé paraîtra au sommaire de l'état de compte avec la mention « Remb.ass.resp. » lors d'un paiement régulier.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du formulaire n° 2904 « Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle », veuillez utiliser le formulaire n° 1491 « Commande de formulaires » et nous le faire parvenir par télécopieur, par le système « INFO-PROF » ou par la poste. (*Les coordonnées complètes se trouvent à la page 2 de l'Introduction de ce manuel*).