

## INDEX

Page

3. DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN ( <i>formulaire n° 1200</i> ) . . . . .	2
3.0 AVANT-PROPOS . . . . .	2
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN . . . . .	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN . . . . .	3
3.2.1 Section 1 Identité de la personne assurée . . . . .	3
3.2.1.1 Carte d'assurance maladie . . . . .	3
3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie . . . . .	3
3.2.1.3 Modèles de carte . . . . .	4
3.2.1.4 Vérification de la carte . . . . .	6
3.2.2 Section 2 Médecin ayant fourni les services assurés . . . . .	8
3.2.3 Section 3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin . . . . .	9
3.2.4 Section 4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires . . . . .	10
3.2.4.1 Document complémentaire ( <i>formulaire n° 1944</i> ) . . . . .	11
3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs . . . . .	12
3.2.5 Section 5 Établissement . . . . .	13
3.2.6 Section 6 Facturation des actes . . . . .	15
3.2.6.1 Exemple de facturation d'une anesthésie . . . . .	17
3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R = 3) . . . . .	18
3.2.6.3 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD = 037) . . . . .	19
3.2.6.4 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie (Règles 14.3 et 14.5 - <i>Préambule général</i> ) . . . . .	20
3.2.6.5 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règles 14.2 et 14.5 - <i>Préambule général</i> ) . . . . .	30
3.2.6.6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règle 14.4 - <i>Préambule général</i> ) . . . . .	32
3.2.7 Section 7 CSST - C.S. - Distance . . . . .	33
3.2.7.1 Section 7 Lettre Q . . . . .	35
3.2.8 Section 8 Visites . . . . .	37
3.2.8.1 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence) . . . . .	38
3.2.9 Section 9 Total des honoraires . . . . .	39
3.2.10 Section 10 Signature . . . . .	39
3.3 EXPÉDITION . . . . .	39
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire n° 1800</i> ) . . . . .	40
Annexe I : Liste des rôles . . . . .	41
Annexe II : Liste des modificateurs . . . . .	42
Annexe III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification . . . . .	59
Annexe IV : Numéro d'établissement (code d'établissement) . . . . .	61

## 3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

## DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (FORMULAIRE N° 1200)

## 3.0 AVANT-PROPOS

La Régie fait parvenir à tous les médecins rémunérés à l'acte un approvisionnement de demandes de paiement. Le médecin peut en demander un nouvel approvisionnement à la Régie, selon certains critères définis sous l'onglet *Manuels et formulaires (page 2)*, en utilisant le formulaire *Commande de formulaires n° 1491*. Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

- **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement;**
- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la **machine à écrire** ou en **lettres moulées;**
- Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est à dire **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 15 mars 2003 s'écrit 03-03-15.

**Les honoraires s'inscrivent sans le symbole du dollar (\$).**

## 3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections :

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec							
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0969	PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE			ACTES		MOIS		UNITÉS		HONORAIRES	
	NOM DE L'ÉTOUR ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			ANNEE	MOIS	JOUR	RA	MOIS	UNITÉS	HONORAIRES	
	DATE DE NAISSANCE			EXPIRATION DE LA CARTE		MOIS		UNITÉS		HONORAIRES	
	ANNÉE			MOIS		JOUR		C.C.		DISTANCE	
	ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS	
	INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE	
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS	
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.	
	ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS	
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNEE		MOIS		JOUR		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
DATE DE NAISSANCE			ANNÉE		MOIS		JOUR		C.C.		
ADRESSE			CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNEE		MOIS		
INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO								

## 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

## 3.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 4807 0816		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 03		ACTES R.   M.   U.   H.	
DATE DE NAISSANCE 48 07 08 M		EXPIRATION DE LA CARTE 2008 07		HONORAIRES	
ADRESSE 100 rue Fictive, Québec		CODE POSTAL G9W9W9			
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE   MOIS   JOUR	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES C.C.   DESTINÉE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC [ ][ ][ ][ ]		TOTAL	
CODE		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE   MOIS   JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE   MOIS   JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

- Numéro d'assurance maladie;
- Prénom et nom à la naissance;
- Nom de l'époux et/ou no séquentiel de la carte;
- Expiration (date d'expiration de la carte : année - mois);
- Date de naissance : année, mois, jour;
- Sexe : « F » pour féminin; « M » pour masculin;
- Adresse : numéro de la porte et nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

## 3.2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

## 3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

## 3.2.1.3 Modèles de carte

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

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

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



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

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



Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

## c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

## d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

## 3.2.1.4 Vérification de la carte (validité)

**LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

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

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

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

**2- Vérification de la date d'expiration**

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

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

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

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.4 de cet onglet).

**# LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :****1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivants :**

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

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

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);
- **Exception** : si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (\*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (\*) comme prénom ne doit être utilisée.**
- **toujours** inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S. (même s'il s'agit d'un cas d'urgence)*;
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;
- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (ne jamais utiliser* le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

**Naissances multiples :**

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

**b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :**

- # - inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, **ne pas inscrire** les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire le numéro d'assurance sociale, si disponible, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

**# c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à la section 4.6.4, sous-section II, Système de codification des établissements :**

- # - inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, **ne pas inscrire** les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

**d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :**

- # - inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, **ne pas inscrire** les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

**# e) Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la Régie par le MSSS :**

- vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
- inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.

En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. (**ne pas remettre** de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800*).

**2- Dans tous les autres cas :**

La personne doit payer elle-même les honoraires au médecin. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* qui le concerne et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.4 du présent onglet).

**L'ACTE EFFECTUÉ EST UN TRAITEMENT COLLECTIF FOURNI À PLUS D'UNE PERSONNE ASSURÉE :**

Voir la section 3.2.4.2 sous le présent onglet.

3.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE		ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR PPL CODE	
ANNÉE MOIS JOUR		EXPIRATION DE LA CARTE		MOD. UNITES HONORAIRES	
INIT		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
R UNTEL		1891231		ANNÉE MOIS JOUR	
PROFESSIONNEL REFERANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		CODE NOMBRE	
ETABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		TOTAL	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
CODE		DATE D'ENTRÉE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR			

SPÉCIMEN

Cette identification comporte les éléments suivants :

- INITIALE : du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie;
- GROUPE : le numéro de groupe est un numéro de compte administratif attribué par la Régie pour permettre au médecin spécialiste de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

Le médecin qui désire obtenir un numéro de compte administratif ou s'inscrire à un compte existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ou en société n° 3006*. Il ne doit utiliser ce numéro sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

**Remarque :** Le numéro d'inscription est composé de sept chiffres, celui du compte administratif est composé de quatre chiffres.





## 3.2.4.1 Document complémentaire (formulaire n° 1944)

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

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

**DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

SPÉCIMEN

**8**

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

- 1- NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin (comme il est écrit sur l'imprimante) ayant dispensé les services;
- 2- NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : numéro d'inscription du médecin à la Régie (7 chiffres);
- 3- NUMÉRO DU GROUPE : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu;
- 4- NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Si un document complémentaire concerne plusieurs demandes de paiement, inscrire chaque numéro et joindre une copie à chaque demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
- 5- NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : prénom au complet et le nom de famille à la naissance;
- 6- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- 7- DATE DU SERVICE : date où les services ont été rendus;
- 8- DANS CETTE PARTIE DU FORMULAIRE: donner de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires* de la demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le médecin ou son mandataire.

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

3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ZZZZ 01010112		Régie de l'assurance maladie Québec									
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	ADD	UNITES	HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		ADRESSE		ANNÉE	MOIS	JOUR	SEXE	ANNÉE	MOIS	JOUR	EXP. DE LA CARTE	CODE POSTAL	
AVT.		NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES	A	C.S.	DISTANCE
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE	NOMBRE		
CLOD 31600919		BENE 41270818		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE	NOMBRE		
ETABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		ANNÉE		MOIS		JOUR		TOTAL	
CODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.						
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE													

Inscrire sur le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* les éléments suivants :

- # - le code ZZZZ01010112 dans la case *Numéro d'assurance maladie*;
- la lettre A dans la case *C.S.*;
- les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires*.

Si l'espace est insuffisant sur la demande de paiement, utiliser le formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale n° 1944* pour donner les numéros d'assurance maladie des autres personnes assurées.

3.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE

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

ANNEE MOIS JOUR PPH CODE ACTES

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR ESPRANTON DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

PVT NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.B. DISTANCE VISITES

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNEE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 252 0989

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

ÉTABLISSEMENT

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

0,0,2,4,3 0,2,1,1,1,4 0,2,1,1,2,2

CODE : inscrire le code d'établissement, le code du cabinet privé de radiologie ou de physiothérapie (physiothérapie) ou le code de localité, selon le cas;

**Code d'établissement :** Celui-ci est requis lorsque les **services médicaux incluant les actes chirurgicaux** sont rendus dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Des codes d'établissement spécifiques identifient les différents types d'établissements; de plus, le dernier chiffre du code prend une valeur différente selon le secteur de l'établissement où les soins ont été rendus. **(Voir la signification des codes d'établissement à l'annexe IV, sous le présent onglet).**

**Remarque :** Les services rendus dans le cadre de la chirurgie d'un jour doivent être facturés avec le suffixe 1 du numéro d'établissement.

Certains codes d'acte, de par leur nomenclature, exigent d'être effectués dans un établissement ou un secteur d'établissement spécifique. Ainsi, lorsque pour une personne assurée, les actes posés exigent des numéros d'établissement différents, utiliser une demande de paiement pour chaque établissement ou secteur d'établissement.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le code d'établissement auquel il est rattaché.

Le code d'établissement doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, ne pas utiliser le code relatif à une clinique externe ou à une clinique d'urgence.

**Code du cabinet privé de radiologie :** Celui-ci est requis lorsque les examens de radiologie sont effectués dans un cabinet privé de radiologie générale ou spécifique. Ce code est transmis par la Régie à l'exploitant du laboratoire de radiologie.

**Code du cabinet privé de physiothérapie :** Celui-ci est requis lorsque les examens de physiothérapie sont effectués dans un cabinet privé de physiothérapie. Ce code est transmis par la Régie à l'exploitant de la clinique de physiothérapie.

**Facturation d'un acte de radiologie ou d'une électrocardiographie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :**

- inscrire le code d'établissement où **l'interprétation a été faite**<sup>(1)</sup>;
- inscrire la date de l'interprétation comme date de service;
- facturer les honoraires au taux de l'établissement où **l'interprétation a été faite**<sup>(2)</sup>;
- inscrire un «A» dans la case *C.S.*;
- indiquer le lieu où la **technique a été faite** dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires*.

**Code de localité :** Celui-ci est requis dans tous les cas où les services sont fournis ailleurs qu'en établissement. Les codes de localité figurent à la partie *Rémunération différente - Liste des localités*, sous le présent onglet.

**IMPORTANT :** Lorsqu'un **acte chirurgical** est effectué en établissement, inscrire le **code d'établissement et non le code de localité** où se situe **l'établissement** en question.

**DATE D'ENTRÉE :** inscrire la date d'entrée à l'établissement (année, mois, jour) si la personne assurée est admise.

**DATE DE SORTIE :** inscrire la date de sortie de l'établissement (année, mois, jour) s'il y a lieu.

---

**Remarques :** (1) Voir exceptions pour la facturation des codes d'acte des services rendus dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein ou du protocole d'accord relié à ce programme.

(2) Si le médecin n'a pas le même mode de rémunération dans les deux établissements, il doit facturer son service selon le mode prévalant dans celui où l'interprétation a été faite.



- UNITÉS : les unités (trois chiffres) pour demander les honoraires:
  - d'un acte excluant visites et consultations qui est répété à la même séance et dont la nomenclature comprend un des mots suivants : supplémentaire, additionnel, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
  - de l'acte anesthésiologique en inscrivant le nombre d'unités correspondant au total des unités de base auxquelles on ajoute les unités de durée calculées selon le *Tableau de correspondance des Unités de durée* figurant à l'onglet *D -Anesthésiologie*;
  - de l'acte chirurgical en fonction d'une longueur ou d'une surface, en indiquant le nombre **d'unités**. La valeur de l'unité varie selon l'acte;
  - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance. (Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel);
  - de la thérapie psychiatrique en indiquant la durée totale en quart d'heures.
- HONORAIRES : les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu du rôle, du modificateur, des unités et des dispositions relatives à la rémunération majorée, le cas échéant.

**Remarque :** Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de **1 000 \$** ou plus doit figurer **seul** sur une demande de paiement. **Aucun** autre code d'acte ni de visite ne doit y être facturé.

## 3.2.6.1 SECTION 6 Exemple de facturation d'une anesthésie

## GÉNÉRALITÉS :

L'heure du début et celle de la fin de l'anesthésie doivent figurer dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires*.

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

## DURÉE :

Voir la Règle 4.3 de l'Addendum 8 de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

Pour chacune des huit premières périodes (2 heures), on alloue une unité. Puis deux unités, de la 9<sup>e</sup> à la 19<sup>e</sup> période (moins de cinq heures).

À partir de la 20<sup>e</sup> période, on calcule trois unités par période.

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Règle de l'assurance maladie Québec											
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	TRIM.	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES			
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				0,9	1,1	0,1		05269	2		0 1 6	228,00			
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		EXPIRATION DE LA CARTE							
ADRESSE				ANNÉE		MOIS		CODE POSTAL							
INIT.		NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANÉE		MOIS	JOUR	CL.	DISTANCE
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO		ANÉE		MOIS	JOUR	VISITES		CL.	NOMBRE		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC											
Début : 9 h 30				<b>SPÉCIMEN</b>						<b>TOTAL</b>		<b>228,00</b>			
Fin : 11 h 45										<b>EXEMPLAIRE DU MÉDECIN</b>					
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.									
		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE									

## CALCUL DES UNITÉS

Code 05269 = 6 unités de base

Durée :

(9 h 30 à 11 h 45) = 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée

Total des unités = 10 unités de durée + 6 unités de base = 16 unités

# Honoraires = 16 X 14,25 \$ = 228,00 \$

**Remarque :** Pour le calcul des unités de durée, voir le *Tableau de correspondance* figurant à la fin de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

## 3.2.6.2 SECTION 6 Anesthésiologiste collaborateur (R=3)

Addendum 8 - Règle 8

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOLY ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		0 9 1 1 0 1		0 5 1 3 0 3	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		UNITS	
ADRESSE		EXPIRATION DE LA CARTE		0 2 2	
INVT. NOM DU MÉDECIN		GROUPE		HONORAIRES	
PROFESSIONNEL REFERANT		DATE DE L'ACCIDENT		1 9 9 5 0	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		VISITES			
Début : 9 h 30		CODE DU DIAGNOSTIC		TOTAL	
Fin : 11 h 45		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		199,50	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

Inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires*.

## CALCUL DES UNITÉS

Code 05130 = 12 unités de base

Durée :

(9 h 30 à 11 h 45) = 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée

L'anesthésiologiste collaborateur (R=3) doit inscrire dans la case *Unités* le nombre total d'unités (de base et de durée), tout en ne calculant les honoraires que pour la moitié des unités de base (**maximum quatre (4)**) et le total des unités de durée de l'anesthésiologiste collaborateur (R=3).

Nombre total des unités = 10 unités de durée + 12 unités de base = 22 unités (à inscrire dans la case *Unités*)

Total des unités pour le calcul des honoraires = 10 unités de durée + 4 unités de base = 14 unités

# Honoraires = 14 X 14,25 \$ = 199,50 \$

**Remarque :** Pour le calcul des unités de durée, voir le *Tableau de correspondance* figurant à la fin de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

## 3.2.6.3 SECTION 6 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD=037)

Addendum 8 - Règle 9

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																			
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 202 0989	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	UNITS	HONORAIRES												
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			0	9	1	1	0	1	0	5269	2	0	3	7	0	0	5	71	25			
	DATE DE NAISSANCE			EXPIRATION DE LA CARTE			CODE POSTAL																
	ADRESSE			ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE													
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR													
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.S.		DISTANCE		VISITES		CODE		NOMBRE	
	Début : 9 h 30			Fin : 11 h 45		Remplacement à 10 h 45																	
	ÉTABLISSEMENT			DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		ANNÉE		MOIS		JOUR											
	CODE			ANNÉE		MOIS		JOUR															
	EXEMPLAIRE DU MÉDECIN										TOTAL		71,25										
SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.												SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE											

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

Dans l'exemple :

16 unités totales - 11 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant  
Celui-ci doit inscrire le modificateur **037**.

Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, inscrire le modificateur **099** et calculer les honoraires selon les règles de préambule qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

**3.2.6.4 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie et Règle 12 de l'Addendum 8**(Règles 14.3 et 14.5 - *Préambule général*)

GÉNÉRALITÉS :

- 1- Les services en urgence se facturent dans la section Actes.
- 2- Dans tous les cas, il faut inscrire l'heure de début et celle de la fin du service rendu dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 3- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
- 4- Inscrire le modificateur approprié dans la case *MOD*.

Le tableau qui suit donne deux listes de modificateurs à employer selon le moment du jour ou de la semaine. Il se peut qu'une anesthésie chevauche deux ou trois périodes de majorations différentes.

La colonne de modificateurs *Début de l'opération* donne la liste des modificateurs à utiliser en début d'anesthésie. Si celle-ci se prolonge au moment où la majoration est différente (ou encore sans majoration) il faut utiliser un des modificateurs de la deuxième colonne *Suite de l'opération*.  
(voir les exemples dans les pages suivantes)

**MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8**

Intervalle	Début de l'opération (tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
NUIT, du lundi au vendredi de minuit à 7 h (majoration de 150 %)	017	091
#JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 8 h (majoration de 15 % <sup>(*)</sup> )	----- ou 919 <sup>(*)</sup>	098 ou 225 <sup>(*)</sup>
JOUR, du lundi au vendredi, de 8 h à 15 h (aucune majoration)	-----	098
#JOUR, du lundi au vendredi, de 15 h à 19 h (majoration de 15 % <sup>(*)</sup> )	----- ou 919 <sup>(*)</sup>	098 ou 225 <sup>(*)</sup>
SOIR, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration de 70 %)	018	090
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de minuit à 7 h (majoration de 150 %)	017	091
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit (majoration de 70 %)	019	092

(\*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

**MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENGE  
ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8**

Intervalle	Début de l'opération (tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
# Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h (majoration de 15 % <sup>(*)</sup> )	----- ou 919 <sup>(*)</sup>	098 ou 225 <sup>(*)</sup>
# En tout autre temps	-----	098

(\*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

---

**Remarque :** Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur **018**, **017** ou **019**, référer à l'*Annexe II* sous le titre *Modificateurs multiples et autres situations* pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

Les modificateurs **090**, **091**, **092** et **098** ne s'appliquent que sur des unités de durée.

Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la *Brochure n<sup>o</sup> 5*.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

Exemples de facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

EXEMPLE 1

Anesthésie débutant et finissant durant la même période de majoration

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec													
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE										ACTES		MOD.		UNITES		HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE										0,9		1,1		0,1		783,75	
DATE DE NAISSANCE										ANNEE		MOIS		JOUR		PH	
ADRESSE										0		5		4		5	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT										ANNEE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										ANNEE		MOIS		JOUR		VISITES	
Début : 3 h										ANNEE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
Fin : 6 h										ANNEE		MOIS		JOUR		VISITES	
ÉTABLISSEMENT										ANNEE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE	
0,2,1,3,3										0,9		1,0		3,1		TOTAL 783,75	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										ANNEE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE										ANNEE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE	

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Utiliser les modificateurs de la colonne *Début de l'opération* du tableau de la page précédente.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 6 unités de base

Durée (3 h à 6 h) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

Total des unités = 6 unités de base + 16 unités de durée = 22 unités

Honoraires = (22 X 14,25 \$) majoré de 150 % (MOD=017) = 783,75 \$

## 3.2.6.4 SECTION 6 - suite

## EXEMPLE 2

Anesthésie débutant dans une période sans majoration et se terminant dans une période avec majoration.

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec									
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNEE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				0	9	1	1	0	1	2			
DATE DE NAISSANCE				ANNEE	MOIS	JOUR	SEX	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES	
09/11/01				0	9	1	1	0	1	2	0	14	199,50
ADRESSE				EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL							
091101				05456		2090008						193,80	
INT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT					
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		VISITES					
Début : 17 h				Fin : 20 h									
<b>SPÉCIMEN</b>													
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN													
											<b>TOTAL</b> 393,30		
ÉTABLISSEMENT				DATE DE SORTIE		DATE DE SORTIE							
CODE				DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE							
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.													
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE													

## INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, sans modificateur.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne *Suite de l'opération*.

## CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 6 unités de base

Durée (17h à 20h) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

Total des unités = 6 unités de base + 16 unités de durée = 22 unités

## # Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (6 unités) + unités de durée de 17 h à 19 h (8 unités) = 14 unités (14 X 14,25 \$) non majorable = 199,50 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

## # Unités de durée de 17h à 20h (16 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (8 unités) = 8 unités (8 X 14,25 \$) majoré de 70 % (MOD=090) = 193,80 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 3

Anesthésie débutant dans une période avec majoration et se terminant dans une période avec majoration différente.

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR I PAI CODE ACTES R MOD UNTES HONORAIRES

0 9 1 1 0 1 0 2352 2 0 1 8 0 2 2 532,95

EXPIRATION DE LA CARTE

ANNÉE MOIS JOUR

0 9 1 1 0 2 0 2352 2 0 9 1 0 4 1 1 460,63

ADRESSE ANNÉE MOIS JOUR I SEXE CODE POSTAL

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR

PROFESSIONNEL REFERANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR VISITES

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 23 h  
Fin : 5 h

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

TOTAL 1 993,58

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne *Début de l'opération*, du tableau de la section 3.2.6.3.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne *Suite de l'opération*.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 02352 = 18 unités de base

Durée (23h à 5h) = 24 quarts d'heure ou 45 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 45 unités de durée = 63 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

# Valeur de base (18 unités) + unités de durée de 23h à minuit (4 unités) = 22 unités (22 X 14,25 \$) majoré de 70 % (MOD=018) = 532,95 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 23h à 5h (45 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (4 unités) = 41 unités

# (41 X 14,25 \$) majoré de 150 % (MOD=091) = 1 460,63 \$

**Remarque :** La remarque pour les actes de 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 4 : Facturation à l'acte non en urgence - Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

#

**0000** NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM ALIX NAISSANCE  
 NOM DE LEPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE  
 ANNÉE MOIS JOUR AN CODE ACTES T1 MOD UNITES HONORAIRES  
 0 9 1 1 0 2 04529 2 9 1 9 0 2 2 360,53

DATE DE NAISSANCE  
 ANNÉE MOIS JOUR I SEXE I  
 EXPIRATION DE LA CARTE  
 CODE FORTAL  
 0 9 1 1 0 2 04529 2 0 9 8 0 6 5 926,25

ADRESSE  
 ANNÉE MOIS JOUR I SEXE I  
 CODE FORTAL  
 0 9 1 1 0 2 04529 2 2 2 5 0 3 6 589,95

PRENOM ET NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE  
 DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR CEE DISTANCE  
 0 9 1 1 0 2 04529 2 2 2 5 0 3 6

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 7 h  
 Fin : 18 h

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 1 876,73

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION du tableau de la section 3.2.6.4. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

Codes 04529 = 18 unités de base

Durée 7 h à 18 h = 44 quarts d'heures ou 105 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 105 unités de durée = 123 unités

Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
7 h à 8 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	919	15 %	360,53 \$
7 h à 15 h (8 h à 15 h)	69	69 - 4 = 65 unités	14,25 \$	098	-	926,25 \$
7 h à 18 h (15 h à 18 h)	105	105 - 69 = 36 unités	14,25 \$	225	15 %	589,95 \$

## 3.2.6.4 SECTION 6 - suite

**EXEMPLE 5 : Facturation à l'acte en urgence** - Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ANNEE | MOIS | JOUR | SEXE

ADRESSE

ST. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSEUR RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNEE MOIS JOUR VISITES

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Début : 23 h  
Fin : 8 h

CODE DU DIAGNOSTIC

ACTES

ANNEE	MOIS	JOUR	CODE	ACTES	MOIS	UNITÉS	POURCENTAGE
0,9	1,1	0,1	04529	2	0 1 8	0 2 2	532,95
0,9	1,1	0,2	04529	2	0 9 1	0 6 5	2 315,63
0,9	1,1	0,2	04529	2	2 5 0	1 2	196,65

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 3 045,23

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

## INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION du tableau de la section 3.2.6.4. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

Codes 04529 = 18 unités de base

Durée 23 h à 8 h = 36 quarts d'heures ou 81 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 81 unités de durée = 99 unités

Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
23 h à minuit	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	018	70 %	532,95 \$
23 h à 7 h (minuit à 7 h.)	69	69 - 4 = 65 unités	14,25 \$	091	150 %	2 315,63 \$(*)
23 h à 8 h (7 h à 8 h)	81	81 - 69 = 12 unités	14,25 \$	225	15 %	196,65 \$

(\*) La remarque pour les actes de 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 6

Facturation en rémunération mixte non en urgence

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes.

# 1<sup>re</sup> demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																														
PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES														
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE												0	9	1	1	0	2	2	0	4	5	2	9	1	9	0	2	2	3	6	0	5	3	
DATE DE NAISSANCE												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES														
ADRESSE												0	9	1	1	0	2	2	0	4	5	2	9	1	1	6	0	2	9	2	8	9	2	8
INIT. NOM DU MÉDECIN												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES														
NUMÉRO												0	9	1	1	0	2	2	0	4	5	2	9	1	1	6	0	3	6	3	5	9	1	0
PROFESSIONNEL REFERANT												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES														
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES														
Début : 7 h												TOTAL 1 008,90																						
Fin : 18 h												SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS																						
ÉTABLISSEMENT												SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																						

# 2<sup>e</sup> demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																								
PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES								
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE												0	9	1	1	0	2	2	2	7	0	2	4	3	9	3	0	
DATE DE NAISSANCE												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES								
ADRESSE												0	9	1	1	0	2	2	2	7	0	1	2	1	9	6	6	5
INIT. NOM DU MÉDECIN												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES								
NUMÉRO												0	9	1	1	0	2	2	2	7	0	1	2	1	9	6	6	5
PROFESSIONNEL REFERANT												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES								
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												ANNEE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOIS	UNTES	HONORAIRES								
Début : 7 h												TOTAL 589,95																
Fin : 18 h												SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS																
ÉTABLISSEMENT												SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																

**Remarque :** La lettre "Q" doit être inscrite dans la case C.S. de la 2<sup>e</sup> demande de paiement pour indiquer qu'il s'agit de la suite d'un même traitement (voir section 3.2.7.1 sous le présent onglet).

**3.2.6.4 SECTION 6 - suite****EXEMPLE 6 - suite****Facturation en rémunération mixte non en urgence - suite**

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

## INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

Codes 04529 = 18 unités de base

Durée 7 h à 18 h = 44 quarts d'heures ou 105 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 105 unités de durée = 123 unités

PH	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
2	7 h à 8 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	919	15 %	360,53 \$
2	7 h à 12 h (8 h à 12 h)	33	33 - 4 = 29 unités	14,25 \$	116	--	289,28 \$*
3	7 h à 15 h (12 h à 15 h)	69	69 - 33 = 36 unités	14,25 \$	116	--	359,10 \$*
3	7 h à 17 h (15 h à 17 h)	93	93 - 69 = 24 unités	14,25 \$	227	15 %	393,30 \$
4	7 h à 18 h (17 h à 18 h)	105	105 - 93 = 12 unités	14,25 \$	227	15 %	196,65 \$

\* Calculé selon le tableau des suppléments d'honoraires

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

**EXEMPLE 7 : Facturation en rémunération mixte en urgence - Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes**

**0000** NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE

Régie de l'assurance maladie Québec

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	MOCC	UNITÉS	HONORAIRES
09	11	01	4	04529	2	109	022	532,95
09	11	02	1	04529	2	113	065	2 315,63
09	11	02	2	04529	2	226	012	196,65

DEBUT : 23 h  
FIN : 8 h

**SPÉCIMEN**

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 3 045,23

INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

Codes 04529 = 18 unités de base

Durée 23 h à 8 h = 36 quarts d'heures ou 81 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 81 unités de durée = 99 unités

PH	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
4	23 h à minuit	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	109	70 %	532,95 \$
1	23 h à 7 h (minuit à 7 h)	69	69 - 4 = 65 unités	14,25 \$	113	150 %	2 315,63 \$ (*)
2	23 h à 8 h (7 h à 8 h)	81	81 - 69 = 12 unités	14,25 \$	226	15 %	196,65 \$

(\*) La remarque pour les actes à 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

3.2.6.5 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie  
(Règles 14.2 et 14.5 - Préambule général)

# VISITES

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR PH		ACTES CODE	
DATE DE NAISSANCE		1 1 0 1 0 3		1 0 1 9	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		UNTES HONORAIRES	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		81.94	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		TOTAL	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		81.94	
Congé du lendemain du Jour de l'An		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
0 2 1 3 7					
				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

AUTRES SERVICES

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR PH		ACTES CODE	
DATE DE NAISSANCE		0 8 1 0 0 1		1 0 1 7	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		UNTES HONORAIRES	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		625.00	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		TOTAL	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		625.00	
		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

**Remarque :** Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la Brochure n° 5.

**GÉNÉRALITÉS :**

- 1- Les visites et les autres services en urgence se facturent dans la section *Actes*.
- 2- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
- 3- Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la *Brochure n° 5*.

**# A- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE**

(MOD=018)

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de 70 %)

(MOD=017)

NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 150 %)

(MOD=019)

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit (majoration de 70 %)

**Remarque :** Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur 017, 018 ou 019, référer à l'*annexe II* sous le titre *Modificateurs multiples* pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

**FACTURATION DES CONSULTATIONS AU SERVICE D'URGENCE**

Pour facturer une consultation faite au service d'urgence :

- pour un patient hospitalisé, code d'acte 09160;
- pour un patient externe, code d'acte 09170;

utiliser le suffixe **7** du code d'établissement.

3.2.6.6 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie  
Règle 14.4 - Préambule général

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

ANNÉE MOIS JOUR PH. CODE ACTES FL. MOD. UNITÉS HONORAIRES

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE I

EXPIRATION DE LA CARTE CODE POSTAL

ADRESSE

SPÉCIMEN

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR CL. DISTANCE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

0 8 1 0 0 1 0 9 2 0 3 0 1 1 8 0 0 0

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

08013 4 3 4 9

08060

Début : 2 h 20

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 180 00

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

- # 1- Exceptionnellement, les codes utilisés pour les services tels que définis à la Règle 14.4 du Préambule général peuvent être inscrits à la section des visites sauf en rémunération mixte où ils doivent être inscrits dans la section des actes. Voir remarque.
- 2- En plus de ces codes, il faut inscrire, dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires*, le ou les codes correspondant aux services rendus.
- 3- Dans tous les cas, il faut inscrire l'heure de début du service rendu dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires*.
- 4- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
- 5- Aucun modificateur utilisé pour les soins d'urgence n'est applicable aux codes prévus à la règle 14.4 du *Préambule général*.

**Remarque :** En rémunération mixte, il est **obligatoire** d'inscrire le code correspondant à la plage horaire visée dans la case *P.H.* Voir 3.2.6 section 6 - *Facturation des actes* du présent onglet.

## # 3.2.7 SECTION 7 C.S.S.T. - C.S. - DISTANCE

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉLÉRENTIEL DE LA CARTE		ANÉE MOIS JOUR		R. MOD. UNITES HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		ANÉE MOIS JOUR		EXPIRATION DE LA CARTE	
ADRESSE		ANÉE MOIS JOUR		CODE PORTAL	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
DATE DE NAISSANCE		ANÉE MOIS JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRENT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANÉE MOIS JOUR		CODE	
CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES		1 0 1 0 01		09127 0,1 59:30	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANÉE MOIS JOUR		ANÉE MOIS JOUR	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		59:30	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

C.S. : inscrire la ou les lettres appropriées dans la case C.S. lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'annexe III du présent onglet sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (Règle 16 du *Préambule général*) y inscrire la lettre « N », fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case *Honoraires*.
- Tout renseignement complémentaire relié à un motif autre que la demande d'honoraire additionnel doit être signalé par la lettre « A », entre autres pour la présence de notes explicatives.
- Pour les cas de refacturation (lettre « B »), voir les sections 4.5.4 et 4.6 sous l'onglet *Paiement*.
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscribe la lettre « A » dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires* et les autres lettres dans la case C.S..

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

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

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

DISTANCE : indiquer dans la case *Distance* le déplacement en **kilomètres** dans un sens seulement. Inscrire dans la case *Honoraires* adjacente, le montant correspondant. Ce montant doit correspondre au tarif régulier prévu à l'entente. L'indemnité de déplacement n'est pas assujettie à l'application de la rémunération différente.

Lorsqu'une description détaillée des déplacements effectués est requise, utiliser le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (voir le texte de l'Annexe n<sup>o</sup> 23 regroupant les dispositions relatives au déplacement de même que les instructions de facturation qui s'y rapportent, sous l'onglet *Frais de déplacement et de séjour*).

3.2.7.1 SECTION 7 Lettre « Q »

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

La lettre « Q » permet au médecin qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plusieurs fois à une personne assurée soit **au cours de la même séance ou de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre « Q » doit être inscrite sur la deuxième demande de paiement et toute demande subséquente nécessaire pour facturer la répétition du service concerné. Elle ne remplace pas l'emploi du modificateur 094 (séances différentes) lorsqu'il s'applique au service facturé.

# EXEMPLE 1

1<sup>re</sup> demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PH		ACTES MOD UNITES HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		0 9 0 5 0 1		1 0 5 0 0 0 1 15'30	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		EXPIRATION DE LA CARTE	
0 9 0 5 0 1		00430		1 0 5 0 0 0 1 7'05	
ADRESSE		CODE POSTAL		0 9 0 5 0 1 00430	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
0 9 0 5 0 1		00430		1 0 5 0 0 0 1 7'05	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		LE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
0 0 0 0		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL 29 40	
ETABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
CODE ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR			

2<sup>e</sup> demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PH		ACTES MOD UNITES HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		0 9 0 5 0 1		1 0 5 0 0 0 1 7 05	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		EXPIRATION DE LA CARTE	
0 9 0 5 0 1		00430		1 0 5 0 0 0 1 7 05	
ADRESSE		CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT	
0 9 0 5 0 1		00430		1 0 5 0 0 0 1 7 05	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		LE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
0 0 0 0		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL 7 05	
ETABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
CODE ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR			

3.2.7.1 SECTION 7 Lettre « Q » - suite

EXEMPLE 2

1<sup>re</sup> demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec									
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE						ACTES							
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNEE	MOIS	JOUR	PHI	CODE	R	MOI	UNITES	HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION DE LA CARTE									
ADRESSE				CODE POSTAL									
INIT.		NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		R		DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		ANNEE	MOIS	JOUR	VISITES		CODE	NOMBRE			
				0,9	0,5	10-10-10-10-10-11-11			09152	0,7		197,40	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		ANNEE	MOIS	JOUR			CODE	NOMBRE			
				0,9	0,5	11-11-11-12-12-12-12			09152	0,7		197,40	
				0,9	0,5	12-13-13-13-13-13-14			09152	0,7		197,40	
				<b>EXEMPLAIRE DU MÉDECIN</b>				<b>TOTAL</b>				<b>592,20</b>	
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI DESSUS.					
				ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

2<sup>e</sup> demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec									
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE						ACTES							
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNEE	MOIS	JOUR	PHI	CODE	R	Q	MOI	UNITES	HONORAIRES
DATE DE NAISSANCE				EXPIRATION DE LA CARTE									
ADRESSE				CODE POSTAL									
INIT.		NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		R Q		DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		ANNEE	MOIS	JOUR	VISITES		CODE	NOMBRE			
				0,9	0,5	14-14-14-14-15-15-15			09152	0,7		197,40	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		ANNEE	MOIS	JOUR			CODE	NOMBRE			
				0,9	0,5	15-15			09152	0,2		56,40	
				<b>EXEMPLAIRE DU MÉDECIN</b>				<b>TOTAL</b>				<b>253,80</b>	
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI DESSUS.					
				ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					



# 3.2.8.1 SECTION 8 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence).

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0899	0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE										Régie de l'assurance maladie Québec									
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE										ACTES									
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE										ANNÉE MOIS JOUR JTH CODE									
	DATE DE NAISSANCE										1 0 1 0 0 1 0 9 1 6 2 1 0 0 3 0 0 1 33 90									
	ADRESSE										ANNÉE MOIS EXPIRATION DE LA CARTE									
	INIT NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE										DATE DE L'ACCIDENT									
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO										VISITES									
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										CODE DU DIAGNOSTIC									
	Cancer										1 9 9 1									
	ÉTABLISSEMENT										TOTAL 33,90									
DATE D'ENTRÉE										JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										
DATE DE SORTIE										SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE										

GÉNÉRALITÉS :

- 1- Les visites réclamées avec un modificateur se facturent dans la section *ACTES*.
- 2- Dans tous les cas, il faut inscrire la nature du modificateur réclamé dans la case *Diagnostic principal et renseignements complémentaires* (Réf. : *Règles d'application nos 21 et 22*).

**Remarque :** Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre *Modificateurs multiples* de l'*annexe II*.

### 3.2.9 SECTION 9 TOTAL DES HONORAIRES

TOTAL : Inscrire la somme des honoraires figurant dans les cases *Honoraires*.

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

### 3.2.10 SECTION 10 SIGNATURE

La demande de paiement doit être signée par le médecin qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée conformément au Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatif à la loi sur l'assurance maladie. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

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

## 3.3 EXPÉDITION

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

Placer dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet **les copies destinées à la Régie. Ne pas surcharger les enveloppes.**

**Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire les nom et adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche.** Toutes les demandes doivent être adressées à :

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

### 3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (FORMULAIRE N° 1800)

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE																																																																																																																																																																																																																																																											
										À L'USAGE DE LA RÉGIE																																																																																																																																																																																																																																																	
SPÉCIMEN																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">PRÉNOM ET NOM A.L.N. NAISSANCE</td> <td colspan="2">ANNÉE</td> </tr> <tr> <td colspan="10">NOUVEAU POUX ET/OU NON SÉQUENTIEL DE LA CARTE</td> <td colspan="2">ANNÉE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">DATE DE NAISSANCE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">SEXE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">EXPIRATION DE LA CARTE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ADRESSE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="12">NOM DU MÉDECIN</td> </tr> <tr> <td colspan="12">NUMÉRO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">GROUPE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">DATE DE L'ACCIDENT</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">C.S.   DISTANCE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">VISITES</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">CODE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: right;"><b>TOTAL</b> →</td> </tr> </table>												PRÉNOM ET NOM A.L.N. NAISSANCE										ANNÉE		NOUVEAU POUX ET/OU NON SÉQUENTIEL DE LA CARTE										ANNÉE		DATE DE NAISSANCE												ANNÉE   MOIS   JOUR												SEXE												EXPIRATION DE LA CARTE												ANNÉE   MOIS   JOUR												ADRESSE												CODE POSTAL												NOM DU MÉDECIN												NUMÉRO												GROUPE												DATE DE L'ACCIDENT												ANNÉE   MOIS   JOUR												C.S.   DISTANCE												VISITES												ANNÉE   MOIS   JOUR												CODE												NOMBRE												<b>TOTAL</b> →											
PRÉNOM ET NOM A.L.N. NAISSANCE										ANNÉE																																																																																																																																																																																																																																																	
NOUVEAU POUX ET/OU NON SÉQUENTIEL DE LA CARTE										ANNÉE																																																																																																																																																																																																																																																	
DATE DE NAISSANCE																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
SEXE																																																																																																																																																																																																																																																											
EXPIRATION DE LA CARTE																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
ADRESSE																																																																																																																																																																																																																																																											
CODE POSTAL																																																																																																																																																																																																																																																											
NOM DU MÉDECIN																																																																																																																																																																																																																																																											
NUMÉRO																																																																																																																																																																																																																																																											
GROUPE																																																																																																																																																																																																																																																											
DATE DE L'ACCIDENT																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
C.S.   DISTANCE																																																																																																																																																																																																																																																											
VISITES																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
CODE																																																																																																																																																																																																																																																											
NOMBRE																																																																																																																																																																																																																																																											
<b>TOTAL</b> →																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="12">PROFESSIONNEL REFERANT</td> </tr> <tr> <td colspan="12">SON NUMÉRO</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</td> </tr> <tr> <td colspan="12">CODE DU DIAGNOSTIC</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ÉTABLISSEMENT</td> </tr> <tr> <td colspan="12">DATE D'ENTRÉE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="12">DATE DE SORTIE</td> </tr> <tr> <td colspan="12">ANNÉE   MOIS   JOUR</td> </tr> </table>												PROFESSIONNEL REFERANT												SON NUMÉRO												ANNÉE   MOIS   JOUR												DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												CODE DU DIAGNOSTIC												ANNÉE   MOIS   JOUR												ÉTABLISSEMENT												DATE D'ENTRÉE												ANNÉE   MOIS   JOUR												DATE DE SORTIE												ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																							
PROFESSIONNEL REFERANT																																																																																																																																																																																																																																																											
SON NUMÉRO																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																																																																																																																																																																																																																																																											
CODE DU DIAGNOSTIC																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																											
DATE D'ENTRÉE																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
DATE DE SORTIE																																																																																																																																																																																																																																																											
ANNÉE   MOIS   JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
<p>JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.</p> <p>SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MAÎNANTRE</p>																																																																																																																																																																																																																																																											

  

**Directives pour la personne assurée**

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

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

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

  

**Situation à l'origine de la demande**

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

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

  

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

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

  

<b>Signature de la personne assurée</b> Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. <input checked="" type="checkbox"/>												DATE ANNÉE   MOIS   JOUR	
Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites : NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES												TÉLÉPHONE AU DOMICILE (NO RÉGIONAL)	
MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/>												TÉLÉPHONE AU TRAVAIL (NO RÉGIONAL)	

1800 282 0671

Voir la REMARQUE à la page suivante

**Remarque :** Durant la période où le médecin spécialiste est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit indiquer sur la demande de remboursement la plage horaire durant laquelle le service a été rendu à la personne assurée.

Si le service est rendu entre 7 h et 17 h en semaine, sauf un jour férié, dans l'établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, les honoraires demandés doivent correspondre au supplément d'honoraires applicable pour le code d'acte concerné, selon la spécialité du médecin.

---

#### **ANNEXE I** **LISTE DES RÔLES**

RÔLE 1 :

Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue la consultation en radiologie diagnostique.

RÔLE 2 :

Anesthésiologiste.

RÔLE 3 :

Anesthésiologiste collaborateur.

RÔLE 4 :

Médecin assistant.

RÔLE 7 :

Médecin exploitant un laboratoire de radiologie spécifique et médecin radiologiste qui pratique l'examen.

## ANNEXE II

## LISTE DES MODIFICATEURS

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

**RÈGLE D'APPLICATION N° 4**

Lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie » ou une chirurgie digestive est effectué lors d'une chirurgie oncologique, une chirurgie du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre *Gynécologie* sous la rubrique *Vulve et orifice inférieur du vagin*, à la même séance qu'une chirurgie ou un acte diagnostique de la rubrique *Obstétrique-gynécologie* dont le tarif est le plus élevé. . . . .

MOD=050

**# RÈGLE D'APPLICATION N° 19**

Lorsqu'une échographie cardiaque est réclamée le même jour qu'une consultation en clinique externe . . . . .

MOD=072

Lorsque le code d'acte 00176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service

OU

lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 08303 ou 08311 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services. . . . .

MOD=041

**RÈGLE D'APPLICATION N° 21**

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer, pour une tumeur intra-crânienne ou pour une transplantation d'organe . . . . .

MOD=003

**RÈGLE D'APPLICATION N° 22**

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer . . . . .

MOD=003

**# RÈGLE D'APPLICATION N° 35**

En hémato-oncologie, visite principale effectuée en urgence à la clinique externe ou la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques. . . . .

MOD=416

**PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE**

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer . . . . .

MOD=178

**PRÉAMBULE GÉNÉRAL****RÈGLE 8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutés lors d'une même séance. . . . .

MOD=050

**RÈGLE 8.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

En ophtalmologie, procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance . . . . .

MOD=069

**RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre minuit et 7 h.

- Pour toutes les spécialités . . . . .
- En anesthésiologie (suite de l'opération) . . . . .

MOD=017

MOD=091

## RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 h et minuit

- Pour toutes les spécialités . . . . . **MOD=018**  
 - En anesthésiologie (suite de l'opération). . . . . **MOD=090**

## RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés

- Pour toutes les spécialités . . . . . **MOD=019**  
 - En anesthésiologie (suite de l'opération). . . . . **MOD=092**

## RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Aucune majoration pour la suite de l'opération pour les soins d'urgence donnés en anesthésiologie entre 7 h et 19 h du lundi au vendredi. . . . .

**MOD=098**

## RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

# Lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique est effectué dans un LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT . . . . .

**MOD=033**

## RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins rendus hors-discipline. . . . .

**MOD=075**

## RÈGLE 23 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques chez un enfant de moins de 2 ans (PG-23)

- En médecine et chirurgie. . . . . **MOD=060**

## RÈGLE 23.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour des chirurgies, visites ou procédés diagnostiques et thérapeutiques chez un enfant de moins de 6 ans

- En ophtalmologie . . . . . **MOD=196**

## RÈGLE 23.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour des chirurgies au tarif des actes codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357 chez un enfant de 14 ans ou moins

- En chirurgie plastique . . . . . **MOD=197**

## RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en ophtalmologie pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste. . . . .

**MOD=070**

## RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en oto-rhino-laryngologie pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste. . . . .

**MOD=142**

**RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration des honoraires en chirurgie générale des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer ..... **MOD=143**

Majoration des honoraires en CCVT des visites principales et des visites de contrôle effectuées en externe, en hospitalisation ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer ..... **MOD=194**

Majoration des honoraires en hématologie ou en oncologie médicale des visites principales effectuées en externe pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer ..... **MOD=195**

**RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration des honoraires en urologie pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.. ..... **MOD=167**

**RÈGLE 29.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration d'honoraires en rhumatologie pour les visites principales et les suppléments de durée effectués en cabinet, en hospitalisation et en externe, pour certaines pathologies spécifiées par les parties négociantes ..... **MOD=065**

**RÈGLE 29.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

En médecine interne, l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majorée de 15 % lorsque le patient est atteint d'une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes ..... **MOD=067**

**RÈGLE 29.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

En médecine interne, l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majorée de 40 % lorsque le patient est atteint d'une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2 . ..... **MOD=063**

**RÈGLE 30 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration des honoraires en chirurgie orthopédique pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste ..... **MOD=100**

**RÈGLE 31 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration des honoraires pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par un médecin classé en neurochirurgie lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants ..... **MOD=126**

**CONSULTATION ET EXAMEN****NÉPHROLOGIE**

Pour les actes de dialyse effectués en téléhémodialyse dans des centres reconnus . . . . . **MOD=170**

**MÉDECINE D'URGENCE**

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence : (voir la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)  
 - Week-end et les jours fériés, de 8 h à minuit . . . . . **MOD=181**  
 - Tous les jours incluant les jours fériés de minuit à 7 h . . . . . **MOD=182**  
 - Tous les jours incluant les jours fériés de minuit à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit . . . . . **MOD=182**  
 - Lundi au vendredi, de 16 h à minuit . . . . . **MOD=183**

**MÉDECINE D'URGENCE**

Majoration d'honoraires pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence : (voir la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)  
 - Week-end et les jours fériés, de 7 h à 19 h . . . . . **MOD=184**

**MÉDECINE D'URGENCE**

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence : (voir la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)  
 - Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à minuit . . . . . **MOD=185**  
 - Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h . . . . . **MOD=186**

**MÉDECINE D'URGENCE**

Séjour différent à la salle d'urgence . . . . . **MOD=187**

**Remarque :** Le modificateur **187** s'inscrit seul sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

**PÉDIATRIE****RÈGLE 6 DE L'ADDENDUM 2**

Majoration d'honoraires en pédiatrie pour la première visite auprès d'un patient dans une unité de soins intensifs . . . . . **MOD=199**

**PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES****TABLEAU D'HONORAIRES**

Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels ou de fistules artério-veineuses . . . . . **MOD=016**

**TABLEAU D'HONORAIRES**

Lorsqu'une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance . . . . . **MOD=068**

**TABLEAU D'HONORAIRES**

Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neuro-toxiques, ou selon la technique de cryoneurothérapie . . . . . **MOD=052**

**TABLEAU D'HONORAIRES**

Rémunération à 90 % de certaines interventions mammaires lorsque effectuées en contralatéral, à la même séance . . . . . **MOD=145**

**ANESTHÉSIOLOGIE****RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8**

Lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue . . . . . **MOD=047**

RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8 Médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique .....	<b>MOD=037</b>
RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8 Anesthésie entreprise par un médecin anesthésiologiste pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité .....	<b>MOD=034</b>
RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8 Majoration d'honoraires de 15 % entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h sur des services médicaux visés rendus par un anesthésiologiste en semaine, sauf les jours fériés. Cette majoration s'applique toutefois jusqu'à 21 h pour les professionnels soumis à la rémunération mixte.....	<b>MOD=919</b>
RÈGLE 13.1 DE L'ADDENDUM 8 En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 50 % pour tous les services médicaux dispensés à un enfant de moins de 2 ans (sauf le collaborateur R3) .....	<b>MOD=166</b>
RÈGLE 13.2 DE L'ADDENDUM 8 En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 25 % pour tous les services médicaux dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement (sauf le collaborateur R3).....	<b>MOD=015</b>
RÈGLE 13.3 DE L'ADDENDUM 8 En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 25 % <b>pour tous les services médicaux</b> dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus (sauf le collaborateur R3).....	<b>MOD=022</b>
TABLEAU D'HONORAIRES Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie .	<b>MOD=036</b>

**CHIRURGIE**

RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4 Pour les visites ou consultations effectuées par le chirurgien de jour si aucun modificateur d'urgence ne s'applique et s'il s'agit d'une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour .....	<b>MOD=179</b>
RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires .....	<b>MOD=024</b>
RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4 Le médecin qui donne les soins post-opératoires .....	<b>MOD=025</b>
RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4 Le médecin qui donne les soins post-opératoires lorsque le chirurgien est un consultant ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier .....	<b>MOD=026</b>
RÈGLE 8.1 DE L'ADDENDUM 4 Lorsque chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire .....	<b>MOD=050</b>
RÈGLE 8.4 DE L'ADDENDUM 4 En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire .....	<b>MOD=122</b>

## RÈGLE 8.5 DE L'ADDENDUM 4

En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, **en situation d'urgence** survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent ou pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique . . . . .

MOD=123

En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, **sauf** l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique ou s'il s'agit d'une situation d'urgence . . . . .

MOD=125

### PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

## TABLEAU D'HONORAIRES

Lors d'une reconstruction mammaire, pour la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente . . . . .

MOD=014

### APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

## RÈGLE 2 DE L'ADDENDUM 5

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

MOD=027

## RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5

S'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs . . . . .

MOD=010

## RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs . . . . .

MOD=050

## # RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes ou dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation . . . . .

MOD=049

## RÈGLE 3.3 DE L'ADDENDUM 5

Lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre . . . . .

MOD=134

Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure) . . . . .

MOD=150

## RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5

Pour le traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte . . . . .

MOD=039

## RÈGLE 7.1 DE L'ADDENDUM 5

Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie . . . . .

MOD=030

## RÈGLE 7.2 DE L'ADDENDUM 5

Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie . . . . .

MOD=064

## RÈGLE 7.3 DE L'ADDENDUM 5

Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction .....

MOD=169

## RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 5

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

MOD=172

**SYSTÈME CARDIAQUE**

## TABLEAU DES HONORAIRES

À moins qu'il y ait d'autre mention, s'il y a chirurgie de plus d'une valve, s'il y a chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien, s'il y a chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, les actes associés sont payés à 90 % .....

MOD=045

## TABLEAU DES HONORAIRES

L'acte codé 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque .....

MOD=053

**URINAIRE**

Pour toutes les transplantations rénales, rémunération à 90 % de la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faites par une incision différente .....

MOD=168

**RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

## RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la radiologie générale, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) .....

MOD=105

## RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la mammographie, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) .....

MOD=106

## RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la fluoroscopie, les services médicaux sont majorés de 60 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) .....

MOD=107

## RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative .....

MOD=074

## RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Présence d'informations dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée .....

MOD=009

## RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en cabinet privé. ....

**MOD=008**

## RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en établissement. ....

**MOD=021**

## RÈGLE 22 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodynamométrie. ....

**MOD=043**

## TABLEAU DES HONORAIRES

Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu si effectués chez un patient de moins de 10 ans. ....

**MOD=066**

## RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax. ....

**MOD=071****ANNEXE 10**

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte)

Pédiatrie. ....

**MOD=136**

Cardiologie. ....

**MOD=138**

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte). ....

Pédiatrie. ....

**MOD=137**

Cardiologie. ....

**MOD=139**

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit. ....

**MOD=073**

Majoration des honoraires pour l'horaire de nuit qui s'étend de la période comprise entre minuit et 8 h ou entre minuit et 7 h (rémunération mixte) ..

**MOD=007**

**ANNEXE 11**

## LETTRE D'ENTENTE A-47

Visite principale d'un patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse ..... **MOD=141**

## LETTRE D'ENTENTE 151

Majoration d'honoraires de 20 % pour tous les services rendus au Centre hospitalier Honoré Mercier et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe ..... **MOD=173**

## LETTRE D'ENTENTE 160

Majoration d'honoraires de 7 % pour tous les services rendus sur le site de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudières-Appalaches ..... **MOD=193**

## LETTRE D'ENTENTE 162

Majoration d'honoraires de 25 % pour les services rendus en gynécologie-obstétrique et oto-rhino-laryngologie dans le cadre de l'Entente de télésanté entre le CH de Lanaudière et la Communauté Atikamekw de Manawan ..... **MOD=011**

**ANNEXE 15**

Rémunération à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux et médico-administratifs visés à l'**Annexe 24** dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités ..... **MOD=042**

**ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)**

Lorsqu'un arbitrage médical ou une évaluation médicale n'a pas lieu, parce que le travailleur ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission (règle 14) ..... **MOD=032**

**ANNEXES 27 ET 28**

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte) ..... **MOD=005**

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte) ..... **MOD=006**

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit ..... **MOD=073**

**ANNEXE 29**

Majoration des honoraires pour le forfait de prise en charge du patient et le forfait de prise en charge de l'unité le samedi, le dimanche et un jour férié ..... **MOD=108**

## ANNEXE 38

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et minuit, du lundi au vendredi	<b>MOD=109</b>
Suite de l'opération (rôle 2 ou 3) . . . . .	<b>MOD=112</b>
Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 h, tous les jours. . . . .	<b>MOD=110</b>
Suite de l'opération (rôle 2 ou 3) . . . . .	<b>MOD=113</b>
Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et minuit, le week-end et les jours fériés . . . . .	<b>MOD=111</b>
Suite de l'opération (rôle 2 ou 3) . . . . .	<b>MOD=114</b>
Pour les soins d'urgence, du lundi au vendredi de 7 h à 21 h (sauf un jour férié) pour la suite de l'opération . . . . .	<b>MOD=115</b>
# En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte. . . . .	<b>MOD=116</b>
En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte . . . . .	<b>MOD=130</b>
<b>RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8</b>	
Majoration d'honoraires de 15 % entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h sur des services médicaux visés rendus par un anesthésiologiste en semaine, sauf les jours fériés. Cette majoration s'applique toutefois jusqu'à 21 h pour les professionnels soumis à la rémunération mixte. . . . .	<b>MOD=919</b>
Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l' <i>Annexe 29</i> . . . . .	<b>MOD=117</b>
Services énumérés aux modalités particulières du tableau de rémunération de l'obstétrique-gynécologie . . . . .	<b>MOD=120</b>
Pour les soins rendus en vertu de l' <i>Annexe 39</i> par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte . . . . .	<b>MOD=192</b>
# Services rendus en clinique externe, dans un contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge . . . . .	<b>MOD=076</b>

## ANNEXE 40

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence:	
- Week-end et les jours fériés, de 8 h à minuit . . . . .	<b>MOD=181</b>
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h . . . . .	<b>MOD=182</b>
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit. . . . .	<b>MOD=182</b>
- Lundi au vendredi, de 16 h à minuit. . . . .	<b>MOD=183</b>

Majoration d'honoraires pour les services dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence:	
- Week-end et les jours fériés, de 7 h à 19 h . . . . .	<b>MOD=184</b>

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence :	
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à minuit . . . . .	<b>MOD=185</b>
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h . . . . .	<b>MOD=186</b>

Séjour différent à la salle d'urgence . . . . .	<b>MOD=187</b>
---	----------------

**Remarque :** Le modificateur **187** s'inscrit seul sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, entre 19 h et 7 h, si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé . . . . .	<b>MOD=188</b>
--	----------------

Services rendus auprès d'un patient admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé . . . . .	<b>MOD=189</b>
--	----------------

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l' <i>Annexe 29</i> . . . . .	<b>MOD=121</b>
---	----------------

## ANNEXE 42

Pour les soins rendus en vertu de l' <i>Annexe 42</i> par un médecin psychiatre autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte . . . . .	<b>MOD=127</b>
--	----------------

## AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents . . . . .	<b>MOD=093</b>
--	----------------

Séances différentes, sauf lorsque le modificateur <b>123</b> ou <b>125</b> s'applique. . . . .	<b>MOD=094</b>
--	----------------

Sites anatomiques différents et séances différentes. . . . .	<b>MOD=095</b>
--	----------------

**Remarque :** Le modificateur **093**, **094** ou **095** s'inscrit seulement sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte sauf si l'un des modificateurs multiples s'applique (voir page suivante) . . . . .	<b>MOD=099</b>
---	----------------

**MODIFICATEURS MULTIPLES**

## INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019 - 050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : **084**) sur la ligne de service
- # - Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,8500)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

<b>Combinaison de modificateurs</b>	<b>Modificateur multiple</b>	<b>Constante (facteurs de multiplication)</b>
<b>005 - 094</b>	<b>200</b>	1,7000
<b>006 - 094</b>	<b>201</b>	1,7000
<b>007 - 094</b>	<b>202</b>	1,9000
<b>009 - 017</b>	<b>700</b>	2,5000
<b>009 - 018</b>	<b>701</b>	1,7000
<b>009 - 019</b>	<b>702</b>	1,7000
<b>009 - 093</b>	<b>080</b>	1,0000
<b>009 - 094</b>	<b>081</b>	1,0000
<b>009 - 105</b>	<b>251</b>	1,1500
<b>009 - 106</b>	<b>252</b>	1,1500
<b>009 - 107</b>	<b>253</b>	1,6000
<b>009 - 109</b>	<b>703</b>	1,7000
<b>009 - 110</b>	<b>704</b>	2,5000
<b>009 - 111</b>	<b>705</b>	1,7000
<b>015 - 115</b>	<b>855</b>	1,2500
<b>015 - 115 - 919</b>	<b>355</b>	1,4375
<b>015 - 116</b>	<b>801</b>	1,2500
<b>015 - 116 - 919</b>	<b>356</b>	1,4375
<b>015 - 130</b>	<b>237</b>	1,2500
<b>015 - 919</b>	<b>238</b>	1,4375
<b>015 - 130 - 919</b>	<b>306</b>	1,4375
<b>017 - 045</b>	<b>223</b>	2,2500
<b>017 - 050</b>	<b>088</b>	1,2500
<b>017 - 050 - 093</b>	<b>300</b>	1,2500
<b>017 - 063</b>	<b>472</b>	3,5000
<b>017 - 067</b>	<b>478</b>	2,8750
<b>017 - 068</b>	<b>210</b>	2,2500
<b>017 - 069</b>	<b>216</b>	1,8750
<b>017 - 093</b>	<b>617</b>	2,5000
<b>017 - 094</b>	<b>089</b>	2,5000
<b>017 - 094 - 063</b>	<b>852</b>	3,5000
<b>017 - 094 - 067</b>	<b>849</b>	2,8750
<b>017 - 122</b>	<b>273</b>	1,8750

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
	017 - 172	574	1,2500
#	017 - 198	600	2,5000
	017 - 416	464	2,5000
	018 - 045	234	1,5300
	018 - 050	082	0,8500
	018 - 050 - 093	301	0,8500
	018 - 063	473	2,3800
	018 - 067	479	1,9550
	018 - 068	211	1,5300
	018 - 069	217	1,2750
	018 - 093	618	1,7000
	018 - 094	083	1,7000
	018 - 094 - 063	853	2,3800
	018 - 094 - 067	850	1,9550
	018 - 122	274	1,2750
	018 - 172	577	0,8500
#	018 - 198	601	1,7000
	018 - 416	465	1,7000
	019 - 045	235	1,5300
	019 - 050	084	0,8500
	019 - 050 - 093	302	0,8500
	019 - 063	474	2,3800
	019 - 067	480	1,9550
	019 - 068	212	1,5300
	019 - 069	218	1,2750
	019 - 093	619	1,7000
	019 - 094	085	1,7000
	019 - 094 - 063	854	2,3800
	019 - 094 - 067	851	1,9550
	019 - 122	275	1,2750
	019 - 172	578	0,8500
#	019 - 198	602	1,7000
	019 - 416	466	1,7000
	022 - 094	845	1,2500
	022 - 109	254	2,1250
	022 - 110	255	3,1250
	022 - 111	256	2,1250
	022 - 112	450	2,1250
	022 - 113	451	3,1250

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
022 - 114	452	2,1250
022 - 115	453	1,2500
022 - 115 - 919	310	1,4375
022 - 116	802	1,2500
022 - 116 - 919	311	1,4375
022 - 919	209	1,4375
037 - 109	550	1,7000
037 - 110	551	2,5000
037 - 111	552	1,7000
037 - 112	553	1,7000
037 - 113	554	2,5000
037 - 114	555	1,7000
037 - 115	556	1,0000
037 - 115 - 919	856	1,1500
037 - 116	557	1,0000
037 - 116 - 919	857	1,1500
037 - 919	558	1,1500
042 - 094	206	0,2000
045 - 060	236	1,1250
045 - 109	293	1,5300
045 - 110	294	2,2500
045 - 111	295	1,5300
050 - 075	087	0,3750
050 - 093	086	0,5000
050 - 093 - 109	303	0,8500
050 - 093 - 110	304	1,2500
050 - 093 - 111	305	0,8500
050 - 109	239	0,8500
050 - 110	240	1,2500
050 - 111	241	0,8500
050 - 117	248	0,5000
050 - 121	665	0,5000
050 - 181	667	0,6666
050 - 182	670	0,7500
050 - 183	673	0,6666
050 - 184	676	0,6666
050 - 185	679	0,8500
050 - 186	682	1,2500
050 - 188	687	0,5000

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
050 - 189	659	0,5000
063 - 094	846	1,4000
063 - 109	475	2,3800
063 - 110	476	3,5000
063 - 111	477	2,3800
065 - 076	288	1,1500
067 - 094	847	1,1500
067 - 109	481	1,9550
067 - 110	482	2,8750
067 - 111	483	1,9550
068 - 109	213	1,5300
068 - 110	214	2,2500
068 - 111	215	1,5300
069 - 109	219	1,2750
069 - 110	220	1,8750
069 - 111	221	1,2750
074 - 105	250	1,1500
093 - 094	095	1,0000
093 - 109	620	1,7000
093 - 110	621	2,5000
093 - 111	622	1,7000
093 - 122	279	0,7500
093 - 125	523	0,7500
093 - 169	524	+127,80 \$ (*)
093 - 188	689	1,0000
094 - 109	242	1,7000
094 - 110	243	2,5000
094 - 111	244	1,7000
094 - 117	249	1,0000
094 - 121	666	1,0000
094 - 127	222	1,0000
094 - 136	286	1,5000
094 - 137	287	1,5000
094 - 172	573	0,5000
094 - 178	639	1,0000
094 - 179	647	1,0000
094 - 181	669	1,3333
094 - 182	672	1,5000

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
094 - 183	675	1,3333
094 - 184	678	1,3333
094 - 185	681	1,7000
094 - 186	684	2,5000
094 - 188	688	1,0000
094 - 199	454	+75,00 \$ (*)
094 - 416	467	1,0000
098 - 919	225	1,1500
108 - 117	266	1,3333
108 - 121	267	1,3333
109 - 117	245	1,7000
109 - 122	276	1,2750
109 - 166	837	2,5500
109 - 172	591	0,8500
109 - 416	468	1,7000
110 - 117	246	2,5000
110 - 122	277	1,8750
110 - 166	838	3,7500
110 - 172	592	1,2500
110 - 416	469	2,5000
111 - 117	247	1,7000
111 - 122	278	1,2750
111 - 166	839	2,5500
111 - 172	593	0,8500
111 - 416	470	1,7000
112 - 166	840	2,5500
113 - 166	841	3,7500
114 - 166	842	2,5500
115 - 166	843	1,5000
115 - 919	226	1,1500
116 - 919	227	1,1500
116 - 166	800	1,5000
117 - 172	594	0,5000
117 - 199	459	+75,00 \$ (*)

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
	121 - 184	699	1,3333
	121 - 185	663	1,7000
	121 - 186	664	2,5000
	130 - 919	224	1,1500
	166 - 919	844	1,7250
#	166 - 115 - 919	378	1,7250
#	166 - 116 - 919	379	1,7250
	179 - 199	463	+75,00 \$ (*)
	181 - 187	694	1,3333
	182 - 187	695	1,5000
	183 - 187	696	1,3333
	184 - 189	656	1,3333
	185 - 189	657	1,7000
	186 - 189	658	2,5000
	195 - 416	471	1,3000
#	919 - 094	848	1,1500
	<b>Autres combinaisons</b>	<b>099</b>	à calculer

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

## ANNEXE III

## LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** - Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an;  
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;  
- ou âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au *per diem* devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'*Annexe 15*).
- # J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.
- Les situations d'exception sont en lien avec les services :
- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
  - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
  - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la Règle 16 du *Préambule général*).  
- Lorsque les lettres *C.S.* sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.
- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour**, au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « Q » doit être inscrite dans la case *C.S. sur la deuxième demande de paiement* et ses subséquentes (voir la section 3.2.7.1 *Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement*, sous le présent onglet).

**R** : Personne assurée sous respirateur dans une unité de soins de néonatalogie.

**S** : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST.

**W** : Services rendus dans le cadre du programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

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

## ANNEXE IV

## NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I Le numéro d'établissement qui comprend généralement cinq chiffres, se compose comme suit :

- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement. (exemple : 0 = centre hospitalier)
- Les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement.
- Le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement. (exemple : 1 = clinique externe)

II Système de codification des établissements :

A- ÉTABLISSEMENTS AU SENS DE LA *LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX*

- |   |       |   |
|---|-------|---|
| • Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés : | 0XXX0 | Unité de soins palliatifs, dépt. toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, hôpital de jour, moyen séjour, etc. |
|   | 0XXX1 | Clinique externe  |
|   | 0XXX2 | Unité de soins gériatriques   |
|   | 0XXX3 | Unité de soins généraux et spécialisés  |
|   | 0XXX4 | Unité de soins de longue durée (soins prolongés)  |
|   | 0XXX5 | Unité de soins de longue durée (hébergement)  |
|   | 0XXX6 | Unité de soins coronariens ou de soins intensifs  |
|   | 0XXX7 | Clinique d'urgence  |
|   | 0XXX8 | Département de psychiatrie  |
|   | 4XXX6 | Unité de soins intensifs reconnus ( <i>Annexe 29</i> )  |
| • Centres d'hébergement et de soins de longue durée :     | 0XXX4 | CHSLD   |
|   | 1XXX5 | Hébergement public  |
|   | 2XXX5 | Hébergement privé   |
| • Centres de réadaptation :                               | 1XXX3 | Centre de réadaptation  |
|   | 4XXX9 | Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation   |
| • Centres locaux de services communautaires:              | 9XXX2 | CLSC  |
|   | 8XXX5 | Point de service de certains CLSC   |
| • Centres de douleur chronique                            | 4XXX1 | Centres de douleur chronique ( <i>Annexe 41</i> )<br>UMF ( <i>Annexe 42</i> )                                       |

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

- |                          |       |                      |
|--------------------------|-------|----------------------|
| • Organismes fédéraux :  | 5XXX9 | Autres que prisons   |
| • Centres de détention : | 7XXX0 | Prisons fédérales    |
|                          | 7XXX6 | Centres de détention |

• Laboratoires de radiologie diagnostique :	*31XXX *32XXX *33XXX	Radiologie générale Radiologie spécifique (laboratoire de radiologie exploité par un médecin spécialiste autre qu'un radiologiste) Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien
• Physiatrie :	*34XXX	Clinique de physiothérapie Cabinet de physiatrie
• Agences de la Santé et des Services sociaux :	94XX9	ASSS
• Cliniques privées :	*51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire
• Cabinets d'optométrie :	*52XXX 53XXX	Clinique optométrique

## C- CENTRES HOSPITALIERS HORS PROVINCE

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

---

\* Exceptions à la codification du numéro