

MANUEL DES OMNIPRATICIENS BROCHURE N° 2

(nº 105)



Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

CoordinationDirection des services à la clientèle professionnelle

PublicationCentre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN: 978-2-550-50221-0



MANUEL DES OMNIPRATICIENS BROCHURE N° 2

MISE À JOUR : 52 JUILLET 2018

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

- TABLE DES MATIÈRES

· Modifications administratives

Pages: 1 et 2

- 1.0 HONORAIRES FIXES - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

· Modifications administratives

Pages: 1, 2, 4, 6, 10, 12 à 16, 18, 20 et 26 à 31

• Paragraphe 1.4:

- modification du tableau des jours fériés fixés par la Régie

Page: 19

- 2.0 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

• Modifications administratives

Pages: 1, 2, 4, 6, 10 à 19, 22, 24, 29, 30, 33 et 35

- 3.0 RÉMUNÉRATION MIXTE

- Paragraphe 3.7:
 - modification des calendriers des périodes de facturation pour les années 2018 et 2019
- Paragraphe 3.8:
 - modification du tableau des jours fériés fixés par la Régie

Pages: 13 à 15

- 4.0 PAIEMENT

• Paragraphe 4.6:

- modification des calendriers de paiement pour les années 2018 et 2019

Pages: 11 à 14

- 4.8 MESSAGES EXPLICATIFS

- 4.8.1 HONORAIRES FIXES

• Ajout des messages 021 et 032

Page: 1

- 4.8.2 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM - RÉMUNÉRATION MIXTE

• Ajout des messages 310, 399 et 610

Pages: 2, 4 et 7

NOTE: Cette mise à jour comprend l'information publiée dans les infolettres suivantes :

231 / 8 novembre 2017, 274 / 8 décembre 2017, 404 / 23 mars 2018,

053 / 11 mai 2018.

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modification ou ajout de contenu administratif
 - S : Suppression de contenu administratif ou officiel
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec ISBN : 978-2-550-50221-0

Régie de l'assurance maladie du Québec Direction des services à la clientèle professionnelle Centre d'information et d'assistance aux professionnels



INTRODUCTION

La Brochure nº 2 vise à renseigner les médecins omnipraticiens sur les modalités de facturation pour les professionnels rémunérés à honoraires fixes, à tarif horaire, au *per diem*, à la vacation et à la rémunération mixte.

À cet égard, elle contient notamment, les guides de rédaction de la demande de paiement pour les différents modes de rémunération et une section paiement incluant les messages explicatifs.

Lorsque le texte de la brochure est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web:

- http://www.ramq.gouv.qc.ca

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210 - Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de manuels)

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple: MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = Mise à jour

XX = **Numéro séquentiel** de la mise à jour Internet ou papier.

MMMM 20AA = **Mois** et **année** de la publication de la mise à jour.

ΖZ

- ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
 - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);
 - 00 est une modification effectuée en vertu d'une entente du comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;
 - Tout autre **chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'amendement relatif à l'entente générale.

Note : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque: Pour références ultérieures, nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour.

TABLE DES MATIÈRES

		P
	1.0 HONORAIRES FIXES	
	AVANT-PROPOS	
	RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE	
#	1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (formulaire 1216). 1.1.1 Description du formulaire. 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 1 à 4). 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement - suite (parties 5 à 7). 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement - suite (parties 8 et 9). 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement - suite (parties 10 à 13). 1.1.3 Exemple de facturation A : CLSC avec majoration.	
#	1.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION	
#	1.3 EXPÉDITION	
#	1.4 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS	
#	1.5 CODES DE CONGÉ	
#	1.6 CODES D'ACTIVITÉ	
	1.7 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (annexe VI de l'Entente).	
	1.7 DESCRIPTION DU BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (9 parties)	
!	1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (avantages sociaux, annexe VI de l'Entente)	
	1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (parties 1 à 12)	
	1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (avantages sociaux, annexe VI de l'Entente) (suite)	
	1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (suite) (parties 13 à 16)	
	1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (avantages sociaux, annexe VI de l'Entente) (suite)	
	1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (suite) (parties 17 à 30)	
	2.0 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM	
	AVANT-PROPOS RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE	
	2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES (formulaire 1215). 2.1.1 Description du formulaire (13 parties). 2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 1 à 4). 2.1.3 Le mode de rémunération.	
	2.1.3.1 Préambule	
	2.1.3.5 Exemple de facturation D : Dépannage en obstétrique	
	2.1.3.6 Exemple de facturation E : Dépannage en anesthésie	

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

			Pa
	2.2	DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION	
#	2.3	EXPÉDITION	
#	2.4	DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (formulaire 1944)	
#	2.5 2.	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT <i>(formulaire 1988).</i>	
#	2.6	CODES D'ACTIVITÉ	
#	2.7	ÉTAT DE LA FACTURATION	
#	2.7	DESCRIPTION DU BILAN (13 parties)	
	3.0	RÉMUNÉRATION MIXTE	
	3.1	DESCRIPTION DU FORMULAIRE	
	3.2	RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	
	3.3	DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ	
	3.4	SECTEURS DE DISPENSATION	
	3.5	EXPÉDITION	
	3.6	DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE	
	3.7	CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION	
	3.8	TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	
	3.9	TABLEAU DU POURCENTAGE DES ACTES	
	4.0	PAIEMENT	
	4.1	MODE DE PAIEMENT	
	4.2	DÉLAI DE PAIEMENT	
		FACTURATION INFORMATISÉE	
	4.	ÉTAT DE COMPTE	
	4.5 4. 4. 4. 4.	RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT 5.1 Paiement autorisé tel que réclamé 5.2 Demandes de paiement en cours de traitement 5.3 Paiement refusé en partie 5.4 Paiement refusé en totalité 5.5 Annulation d'une demande de paiement	
	4.6	A) CALENDRIER DE PAIEMENT - Honoraires fixes	

	Page
#4.6 B) CALENDRIER DE PAIEMENT Vacation - Tarif horaire - Per diem - Rémunération mixte	13
4.7 CODES DE TRANSACTIONS	15
4.8 MESSAGES EXPLICATIFS	1 1 1

MAJ 42 / août 2010 / 99

1.0 HONORAIRES FIXES

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode des honoraires fixes la *Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat* (1216).

Cette demande de paiement peut être remplie et transmise par le service en ligne <u>Facturation – Formulaires</u> de la Régie. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne en soutien à la facturation.

Le médecin qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système Télécommunications des informations de paiement par Internet (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet *Formulaires* de la section réservée à sa profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

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.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, 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 1^{er} novembre 20AA s'écrit AA-11-01.

S

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode de paiement à honoraires fixes. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consulter les annexes XII et XII-A de l'*Entente* dans la *Brochure n*⁰ 1 ainsi que la rubrique *Rémunération différente*, sous l'onglet *Facturation*, dans la section dédiée à votre profession sur le site de la Régie, au www.ramg.gouv.gc.ca/professionnels.

La liste des localités est accessible sous l'onglet Manuels à la même adresse.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la Régie, lorsque la rémunération différente s'applique.

1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (formulaire 1216)

PROFESSIONNEL Treatment Section Comparison Compari	NUMÉRO DE	CONTRÔL	`	RNE					IDE DE PAI RES FIXES ET			Régie de l'assurance maladie Ouébec & &						
TOTAL DES COORSE PRINCE		SSION	_)			NOM				N° DU PROFESSION	NEL		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS				
ACTIVITÉS OUANED FRACIE PORRAIRE CONTROL NOS DE CODE OUDRES FRACIO PORRAIRE FRACIO PORRAIRE OUDRES FRACIO POR	ÉTABLI	ICCEM	$\overline{}$								PÉRIODE	DÉBUT	ر تسا					
CUIANE PAGE PORADE ENGRAPS		ISSEIVI	EINI			(3		NUMÉRO		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA	ANNÉE	MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
COMPAND MAN IN SOAD TERME TREATE THE PROPERTY OF THE PROPERT	$\overline{}$	۸۲.	TIVIT	ÉS							SEMAINE			CONGÉS				
NEURIES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 10 11 12 40 41 77 88 44 41 77 88 44 45 46 47 48 49 40 41 77 88 88 TOTAL DES REURES 22 23 24 45 51 25 50 50 TOTAL DES REURES 25 50 50 50 TOTAL DES REURES 26 50 50 TOTAL DES REURES 27 28 80 TOTAL DES REURES 30 TOTAL DES REURES 40 TOTAL DES REURE		PLAGE	HORA	AIRE (co	_	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.				DURÉE DURÉE				
ACCUMULATION DE L'ÉTABLISSEMENT SOM PILETTRES MOULÉES LE PROBLÉMENTS COMPLÉMENTS COM	TIEME	NUIT	AM	PM	SOIR	1	DACTIVITE	Dior.	THAVAILLEES	2	DACTIVITE	DISP.	THAVAILLEES	(SCOTIO)				
NEURES SUPPLÉMENTAIRES 11 10 11 11 11 12 13 13 14 44 44 45 45 46 46 47 47 48 48 49 49 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40	(5)						6		1 1 1									
NEURES SUPPLÉMENTAIRES 110 111 112 114 45 46 47 48 49 49 49 49 49 40 40 40 40 40									1 1 1			1						
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 10 11 11 12 14 45 46 47 48 49 49 21 22 30 TOTAL DES TRAVAILLÉES B TOTAL DES JOURS DE COMES TAVAILLÉES TOTAL DES JOURS DE COMES TAVAILLÉES DE COMES TOTAL DES JOURS DE COMES TAVAILLÉES TOTAL DES JOURS DE COMES TOTAL DES JOURS DE COMES TOTAL DES JOURS DE COMES TRAVAILLÉES DE COMES TOTAL DES JOURS DE COMES TOTAL DE	\vdash																	
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION BO MOMBRE 23 24 HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION BO MOMBRE 25 26 27 28 30 TOTAL DES HEURES TOTAL DES JOURISM BELURES TOTAL DES JOURISM TOTAL DES JOURISM TOTAL DES JOURISM TOTAL DES JOURISM BELURES TOTAL DES JOURISM TOT					_							1						
HEURES SUPPLÉMENTAIRES 19 20 10 11 12 13 14 48 49 49 19 20 21 22 25 26 50 30 TOTAL DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES 25 26 57 27 28 TOTAL DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES TOTAL DES HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES TOTAL DES JOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES BOURISME HEURES JOURISME HEURES JOURISME HEURES JOURISME HEURES JOURISME HEURES BOURISME HEURES JOURISME HEURES JOURISME HEURES BOURISME HEURES JOURISME HEURES JOURISM								<u> </u>	1 1 1									
TOTAL DES TOTA											MI							
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMILATION 19 20 21 22 23 24 25 30 TOTAL DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMILATION 60 NOMBRE 100 PHEURES 100									401	16	This	1						
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION BY DATE DE PROLONGÉE CODE 80) CONSÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE BY DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR BALETTRES MOULÉES ***ACQUANTÉME MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR MONTANT FREMONTANT FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANCE DE PALEMENT SONT EMACTS. ***ACQUANTÉME MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR MONTANT FREMONTANT FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANCE DE PALEMENT SONT EMACTS. ***ACQUANTÉME MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR MONTANT FREMONTANT FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANCE DE PALEMENT SONT EMACTS. ***ACQUANTÉME MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR MONTANT FREMONTANT FOUR LETTRES MOULÉES MONTANT FREMONTANT FOURNE MOIS JOUR BURGE AU NOME NECTTRES MOULÉES MONTANT MONTANT FREMONTANT MONTANT FREMONTANT MONTANT FREMONTANT MONTANT FREMONTANT MONTANT FREMONTANT MONTANT FREMONTANT MONTANT FREMONT MONTANT FREMONTANT MONTANT MO						17	C	P	F_{i}	18	<u>, </u>			48				
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION BO NOMBRE JOURNES JOURNES JOURNES JOURNES JOURNES JOURNES JOURNES DE CONGÉS REMISE (CODE 60) REMISE TRAVAILLÉES TOTAL DES TRAVAILLÉES BO NOMBRE JOURNES JOURNES DE CONGÉS REMISE REMISE DE TRAVAILLÉES TOTAL DES TRAVAILLÉES TOTAL DES JOURNES DE CONGÉS DE CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE BO DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR LES RENSEIGNEMENTS POURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRENOME INSTRUME AU REGISTRE DES SIGNATARIES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNA AU NOM EN LETTRES MOULÉES NOME NIETTRES MOULÉES NOME NIETRES MOUL						19		1		20				49				
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION BO NOMBRE D'HEURES : OUANTÉME HEURES 30						21				22				50				
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE DETEMPS POUNTIÈME HEURES 71 DUMITIÈME HEURES 72 DUMITIÈME HEURES 73 DUMITIÈME HEURES 74 DUMITIÈME HEURES 75 DUMITIÈME HEURES 76 DUMITIÈME HEURES 77 DUMITIÈME HEURES 78 DUMITIÈME HEURES 79 DUMITIÈME HEURES 70 DUMITIÈME HEURES 70 DUMITIÈME HEURES 71 DUMITIÈME HEURES 72 DUMITIÈME HEURES 73 DUMITIÈME HEURES 74 DUMITIÈME HEURES 75 DUMITIÈME HEURES 76 DUMITIÈME HEURES 77 DUMITIÈME HEURES 78 DUMITIÈME HEURES 79 DUMITIÈME HEURES 70 DUMITIÈME HEURES 71 DUMITIÈME HEURES 72 DUMITIÈME HEURES 73 DUMITIÈME HEURES 74 DUMITIÈME HEURES 75 DUMITIÈME HEURES 76 DUMITIÈME HEURES 77 DUMITIÈME HEURES 78 DUMITIÈME HEURES 79 DUMITIÈME HEURES 70 DUMITIÈME HEURES 71 DUMITIÈME HEURES 72 DUMITIÈME HEURES 73 DUMITIÈME HEURES 74 DUMITIÈME HEURES 75 DUMITIÈME HEURES 76 DUMITIÈME HEURES 77 DUMITIÈME HEURES 78 DUMITIÈME HEURES 79 DUMITIÈME HEURES 70 DUMITIÈME HEURES						23				24				51				
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE DETEMPS OUNTIÈME HEURES 71 OUNTIÈME HEURES 72 OUNTIÈME HEURES 73 OUNTIÈME HEURES 74 OUNTIÈME HEURES TOTAL DES JOURS DE CONGÉS DE CONGÉS REMISE DETEMPS ON TOTAL DES JOURS DE CONGÉS REMISE DETEMPS ON TOTAL DES JOURS DE CONGÉS REMISE DETEMPS ON TOTAL DES JOURS DE CONGÉS REMISE DETEMPS TOTAL DES JOURS DE CONGÉS REMISE DETEMPS TOTAL DES JOURS DE CONGÉS REMISE REMISE REMISE REMISE REMISE TOTAL DES JOURS DE CONGÉS REMISE R						25				26				52				
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES: D'HEURES						27				28				53				
REMISE DE TEMPS 70 QUANTIÈME HEURES 71 QUANTIÈME HEURES 72 QUANTIÈME HEURES 73 QUANTIÈME HEURES 74 QUANTIÈME HEURES DE COONGÉS DE CO						29				30				54				
REMISE DE TRAVAILLÉES REMISE DE CONGÉS TOTAL DES HEURES DE REMISE DE TOTAL DES HEURES DE REMISE DE REMISE REMISE DE TRAVAILLÉES REMISE TOTAL DES HEURES DE REMISE DE TOTAL DES HEURES DE REMISE REMISE DE TOTAL DES HEURES DE REMISE DE REMISE DE CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS) DATE DE DÉBUT DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN NOM EN LETTRES MOULÉES SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETRES MOULÉES NOM EN LET	HEURES	SUPP	LÉME	NTAIR	ES _								8					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE BO DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU MANDATAIRE PRENOM EN LETTRES MOULÉES SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRENOM EN LETTRES MOULÉES LE professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.		.ATION		l'D	HEURE	S:			OUNTERS USUS		TRAVAILLÉE		لتسي	DE CONGÉS				
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE BO DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE PIN ANNÉE MOIS JOUR SPÉCIFIE IS TÉCHNOMEN LETTRES MOULÉES LE PRESONNEL OU DU MANDATAIRE PRENOMEN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES LE professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.	DE TEMP	s 70		IEME	L				UDANTIEWE REUNE				ANTIEME REURES	HEURES DE				
BO DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN SPÉCIFIER IS FRENOM EN LETTRES MOULÉES LE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETRES MOU	RENSEIG	GNEME	NTS C	OMPL	-ÉME	NTAI	RES		(11)									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETRES MOULÉES NOM EN LETRE		S POUF	PÉRI	ODE (CONT	INUE	ET PROLONGÉE					JURÉ OL	J TÉMOIN					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES LE PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.	80 DATE	NÉE		JOU	R A	ANNÉE	MOIS JOUR		NGE DUREE (JOURS		705458 705 74 795508			4				
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DE SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉSIDE DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉSIDE DE LE RENSEIGNEMENTS MENTONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.	SIGNATU	JRE DU	PRO	FESSI	ONNE	L OL	U DU MANDATAIRE			<u>س</u> ر		_ ASSURA	NCE-INVALIDITÉ					
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOMEN LETTRES MOULÉES IN MEN LETTRES MOULÉES IN MOIS JOUR ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOMEN LETTRES MOULÉES IN MOIS JOUR IL A PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTONNÉES C: DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.	PRÉNOM EN	LETTRES	MOULÉ	ES				ETTRES M	OULÉES			Le profe	ssionnel est tenu	ı de déclarer à la RAMQ le				
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. I'établissement ou la Régie.	JE CERTIFIE	QUE LES	RENSEI	GNEMEN	ITS FOL	JRNIS:	SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE	PAIEMENT	SONT EXACTS.	ANNÉ	E MOIS JOUR	reçoit se	elon le cas, en v	ertu des lois administrées				
LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE LÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.					SSEN	IENT						SAAQ, o	ou de tout autre	régime auquel a contribué				
	PRENOM EN	LETTRES	MOULÉ	ES			NOM EN I	.ETTRES M	UULEES			elabiiss	етепі ой іа Не	yıe.				
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)	LA PERSONN DE L'ÉTABLIS	IE INSCRI	TE AU R ATTESTI	EGISTRI E QUE LE	DES S	IGNATA SEIGNI	AIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE C EMENTS MENTIONNÉS CI-DESSU		_	ANNÉ	E MOIS JOUR	15	(ANNEXER LES PIÈ					

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1216 292 18/01

1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (formulaire 1216)

1.1.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte 17 parties.

- **1.** Numéro de contrôle externe à quatre chiffres.
- 2. Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés.
- 3. Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés.
- 4. Période de facturation.
- 5. Quantième.
- 6. Indication des activités et des heures effectuées.
- 7. Indication des congés.
- 8. Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée.
- 9. Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps.
- 10. C.S. (considération spéciale).
- 11. Renseignements complémentaires.
- 12. Nombre de documents annexés.
- 13. Congés pour période continue et prolongée.
- 14. Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin.
- 15. Montant d'assurance invalidité reçu.
- **16.** Signature du professionnel ou du mandataire.
- 17. Attestation de l'établissement.

Remarque: La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le professionnel puisse y inscrire un numéro de contrôle externe à quatre chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (parties 1 à 4)

NUMÉRO DE CON					DE DE PAI ES FIXES ET			Régie de l'assurance maladie Ouébec * *					
PROFESS			NOM	mer.			N° DU PROFESSIONI						
PIERR			UN	TEL			1 8 9 9 _PÉRIODE	9 9 4					
NOM	ıl Laval				NUMÉRO O	6 9	CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
Tiopita	. ACTIVITÉS				0 2 0	6 8	SEMAINE	$ A_A A_A$	CONGÉS				
TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher) SOIR	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR HEURES DISP. TRAVAILLÉES	RÉF. CODE DURÉE (JOURS)				
	NOTE AND THE	1				2			40				
		3				4			41				
		5				6			42				
		7				8			43				
		9				10			44				
		11				12			45				
		13				14	M		46				
		15			401		FIL	<u> </u>	47				
		17		10	F.	18			48				
		19		> }		20			49				
						22							
		21				1			50				
		23				24			51				
		25				26			52				
		27				28			53				
		29				30	TOTAL DES		54				
ACCUMULATI	ION 60	IOMBRE					HEURES TRAVAILLÉE	s	TOTAL DES JOURS DE CONGÉS				
REMISE	QUANTIÈME	HEURES :	QUANTIÈME HEUR		UANTIÈME HEURE:		ANTIÈME HEURES		TOTAL DES				
DETEMPS (CODE 80)	70		71	72		73		74	HEURES DE REMISE				
RENSEIGNI	EMENTS COMP	LEMENIAI	HES										
CONGÉS P	E DÉBUT	DATE D		DE DU CONG	GÉ DURÉE (JOURS			JURÉ OU TÉMOIN	MONTANT				
ANNÉE	MOIS JO	UR ANNÉE	MOIS JOUR					Spécifier la rémunération reçue	\$				
SIGNATURI PRÉNOM EN LET		IONNEL OL	J DU MANDATAIRE	N LETTRES MOU	ULÉES			ASSURANCE-INVALIDITÉ					
						T			u de déclarer à la RAMQ le retraite ou d'invalidité qu'il				
JE CERTIFIE QUE	E LES HENSEIGNEME	EN IS FOURNIS	SUR LA PRÉSENTE DEMANDE	DE PAIEMENT SI	ONT EXACTS.	ANNÉE N	IOIS JOUR	reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la					
ATTESTATION PRÉNOM EN LET	ON DE L'ÉTABL TRES MOULÉES	SAAQ, ou de tout autre l'établissement ou la Ré	régime auquel a contribué gie.										
LA PERSONNE IN DE L'ÉTABLISSEM	NSCRITE AU REGISTR MENT ATTESTE QUE I	RE DES SIGNATA LES RENSEIGNI	AIRES AUTORISÉS DE LA RÉGI EMENTS MENTIONNÉS CI-DES	QUI SIGNE AU SUS SONT EXAC	NOM CTS.	ANNÉE N	IOIS JOUR		<u> </u>				
								(ANNEXER LES PIÉ	ÈCES JUSTIFICATIVES)				
1216 292 18								OU LE MANDATAIRE DO IAL PENDANT CINQ AN					

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (parties 1 à 4)

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

PARTIE 2

Professionnel

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille:
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres).

PARTIE 3

Établissement

L'identification de l'établissement pour lequel les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

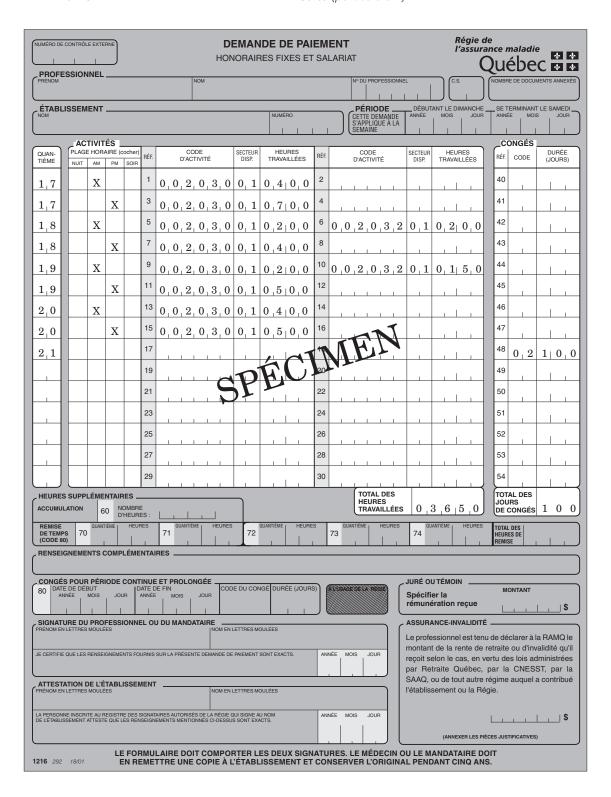
- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service.

PARTIE 4

Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre sept jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle.

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (parties 5 à 7)



PARTIE 5

Quantième

Cette partie permet au médecin d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés ou qu'un congé est demandé. Ce quantième est exprimé en utilisant deux chiffres.

PARTIE 6

Activités

Indication des heures effectuées.

Cette partie qui comporte 15 lignes ou 30 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires fixes. Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Plage horaire

Le médecin indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été dispensés. La journée indiquée par le quantième se divise en quatre périodes qui sont les suivantes :

Nuit: de 00 h 00 à 8 h 00

(8 heures)

Avant-midi (A.M.): de 08 h 00 à 12 h 00

(4 heures)

Après-midi (P.M.): de 12 h 00 à 20 h 00

(8 heures)

Soir: de 20 h 00 à 24 h 00

(4 heures)

Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation d'activités et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. L'identification de la plage horaire est **essentielle**.

Exceptions:

1- Le médecin pourra indiquer la totalité de la garde sur place ou de la garde en disponibilité d'une journée en cochant les périodes de plage horaire concernées. Cette exception ne sera acceptée que si un même code d'activité est présenté.

Exemple:

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
X	Х	Х	

Heures de garde sur place : 16 heures

2- La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus d'une heure si cela peut éviter au médecin la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

Exemple 1

Heure de début : 8 h 00 Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR		
	X				

Heures travaillées: 4 h 50

Cette facturation sera acceptée si le médecin ne travaille pas en après-midi.

Exemple 2: Voir page suivante...

PARTIE 6 (suite)

Exemple 2

Heure de début : 8 h 00 Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h 00 Heure de fin : 16 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR		
	X				
		X			

Heures travaillées : 4 h 00 Heures travaillées : 4 h 00

Vous noterez que la demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraı̂nera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.

Codes d'activité

Le code d'activité est composé de six chiffres.

Le médecin indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire. Étant donné que la garde sur place bonifie les avantages sociaux, il est important pour le médecin d'identifier distinctement les heures de cette activité. Cependant, le médecin dont les services sont sujets à une majoration du tarif de base, à une exclusion du plafond trimestriel ou autres, doit indiquer les heures réelles consacrées à chaque type d'activité au cours de la même plage horaire.

Pour les codes d'activité et leur description, veuillez vous référer à la section 1.6 du présent onglet.

Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le code du secteur de dispensation est composé de deux chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case sauf dans les situations où le médecin veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, se référer aux avis de facturation figurant au annexes IX, XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le professionnel est assujetti.

Remarque: Si vous utilisez un secteur de dispensation (ex. : 34) et que vous cochez plus d'une plage horaire, assurez-vous que ce secteur de dispensation est autorisé à l'intérieur de toutes ces plages.

Pour la nomenclature complète des codes des secteurs de dispensation, veuillez vous référer à la section **1.2** du présent document.

Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03,75.

PARTIE 7

Congé

Indication des congés.

- Code de congé

Pour les codes de congé, veuillez vous référer à la section 1.5 du présent onglet. Le code de congé doit toujours être indiqué lorsqu'un jour de congé est réclamé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé demandé sur cette ligne.

Remarque 1 : Utiliser le code de congé « 02 » pour la facturation des vacances annuelles. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 34 : Vacances reportées Code 02 : Vacances accumulées Code 32 : Vacances anticipées

Le médecin en sera informé par son état de compte.

Remarque 2: Utiliser le code de congé « 09 » pour facturer les congés de perfectionnement. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 09 : Congé de perfectionnement Code 11 : Congé de perfectionnement reporté

Le médecin en sera informé par son état de compte.

Remarque 3 : Voir la partie 13 lorsque la durée du congé est de plusieurs jours.

Durée du congé

Les congés doivent être demandés en demi-journée (0,50) ou en journée complète (1,00) peu importe si le médecin est à plein temps ou à demi-temps.

À titre d'exemple, un médecin à demi-temps dont le traitement hebdomadaire a été établi à 17,50 heures par semaine se verra attribuer 3,50 heures pour chaque jour de congé ou 1,75 heure pour chaque demi-journée.

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (parties 8 et 9)

NUMÉRO DE			RNE					IDE DE PAI RES FIXES ET				Régie de l'assurance maladie Québec 💀 🏖					
PROFE	PROFESSIONNEL NOM NOM N° DU PROFESSIONNEL C.S.													NOMBE	E DE DOCU	MENTS ANNEXÉS	
ÉTABL	PÉRIODE DÉBUTANT LE DIMANCHE NOM NUMÉRO CETTE DEMANDE ANNÉE MOIS JOUR S'APPLIQUE À LA SEMAINE I I I I													SE T ANNE		T LE SAMEDI	
	AC	TIVIT	ÉS								EIVIAIIVE			C	ONGÉS		
QUAN- TIÈME		E HORA		ocher) SOIR	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	ı	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)	
1,7		X			1	$0_{+}0_{+}2_{+}0_{+}3_{+}0$	0, 1	0 4 0 0	2					40			
1,7			X		3	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,7,0,0	4					41			
1,8		X			5	0,0,2,0,3,0	0, 1	0 2 0 0	6	0 0	2,0,3,2	0 1	0, 2, 0, 0	42			
1,8	L		X		7	0,0,2,0,3,0	0, 1	0 4 0 0	8					43			
1,9	L	X			9	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,2 0,0	10	0 0	2,0,3,2	0 1	0, 1, 5, 0	44			
1,9	L		X		11	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	12					45	- 1		
2,0	L	X			13	0,0,2,0,3,0	0, 1	0 4 0 0	14					46			
$2 \downarrow 0$	H		X		15	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,5,0,0	16		M			47	- 1		
$2_{\downarrow}1$	H				17			401	7	N	DIT.			48	0 2	1 0 0	
$\vdash \vdash$	\vdash				19	c	P	F.C.	20					49	- 1		
\vdash	H				21		7		22					50			
\vdash	-				23				24					51			
\vdash	H				27			1 1 1	28					53			
\vdash	H				29				30			-		54	ı		
HEURES	SUPP	LÉME	NTAIR	ES _							TOTAL DES HEURES	Т		тот	AL DES		
ACCUMUL	LATION	6	וים	OMBRE HEURE	S:						TRAVAILLÉES		3 6 5 0	\subseteq	CONGÉS	1 0 0	
REMISE DE TEMP (CODE 80		QUANT	IEME	HEUF	IES	71 HEURES	72	QUANTIÈME HEURE	s	73 QUAN	TIÈME HEURES	74	IANTIÈME HEURES	TOTAI HEUR REMI	ES DE		
RENSEI	GNEME	NTS C	ОМРІ	LÉME	NTAI	RES											
	CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE JURÉ OU TÉMOIN																
	80 DATE DE DEBUT DATE DE FIN CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS) ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN SPÉCIFIER LA PRÉMIE SPÉCIFIER LA PRÉMIE PRÉMIE LA PRÉMIE PRÉMIE LA PRÉMIE PRÉMIE LA PRÉMIE LA PRÉMIE PRÉMIE LA PRÉM																
SIGNATI PRÉNOM EN	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOMEN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES ASSURANCE-INVALIDITÉ																
JE CERTIFIE	Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées																
												par Re	elon le cas, en v traite Québec, ou de tout autre l	par la	CNES	ST, par la	
PRÉNOM EN				ISSEN	IENT	NOM EN	LETTRES M	OULÉES					ou de tout autre l sement ou la Ré	•	auquel	a contribue	
						AIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE EMENTS MENTIONNÉS CI-DESSU			AN	NÉE MOI:	3 JOUR					\$	
	DE LÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																
1216 <i>292</i>	18/01					LAIRE DOIT COMPO											

PARTIE 8

Total des heures travaillées.

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 36,50 heures.

Total des jours de congé.

La somme des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne CONGÉS - DURÉE EN JOURS.

Selon l'exemple choisi, le nombre de jours de congé pouvant être rémunéré ou non selon le code est de 1,00 jour.

PARTIE 9

Heures supplémentaires

Cette partie est divisée en deux, soit d'une part, l'accumulation du nombre d'heures supplémentaires effectuées que le médecin désire reprendre en remise de temps, et d'autre part, la demande des heures remises en temps pour remplacer des heures régulières non travaillées.

- Accumulation

Deux possibilités peuvent se présenter :

A. Le médecin désire accumuler un nombre précis d'heures supplémentaires effectuées.



B. Le médecin désire accumuler la totalité des heures supplémentaires calculées.



Remarque : Les heures effectuées en **garde** sur place ou en garde en disponibilité, là où cette possibilité s'applique, **ne peuvent être accumulées en temps supplémentaire**.

- Remise de temps supplémentaire

La remise de temps est utilisée pour combler, en partie ou en totalité, la période régulière d'activités du médecin.

Lorsque le médecin désire utiliser des heures de temps supplémentaire accumulées, il demande les heures facturées sur la ligne identifiée « Remise de temps code 80 ».

Les heures se demandent en inscrivant le quantième de la journée régulière choisie ainsi que le nombre d'heures facturées.

En plus, le nombre d'heures demandées doit être inscrit dans la case TOTAL DES HEURES DE REMISE.



1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (parties 10 à 13)

	CONTRÔLE EXTE	RNE			DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT					Régie d l'assura	le Ince maladio Duébe	• • • C • •
PROFE	SSIONNEL			NOM				N° DU PROFESSION	INEL	C.S.	NOMBRE DE DOCUI	MENTS ANNEXÉS
ÉTABL	ISSEMENT					I		PÉRIODE _		NT LE DIMANCHE	SE TERMINANT	
NOM						NUMÉRO		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	ANNÉE ANNÉE ANNÉE	$egin{array}{c c c} {MOIS} & {JOUR} \\ {1}_1 & {1}_1 & {6}_1 \end{array}$	ANNÉE MOI	$\begin{bmatrix} 1 & 2 & 1 \\ 2 & 2 \end{bmatrix}$
	ACTIVIT PLAGE HORA			CODE	SECTEUR	HEURES		CODE	SECTEUR	HEURES	CONGÉS	DURÉE
QUAN- TIÈME	NUIT AM	PM SOIR	RÉF.	D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.	D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF. CODE	(JOURS)
			1	1 1 1 1 1			2			1 1	40	
			3				4				41	
			5				6				42	
			7				8				43	
			9				10				44	
			11				12				45	
			13				14	TIN			46	
			15			401	16				47	
			17	C	P	FO	18				48	
			19	-	7		20				49	
			21				22				50	
			23				24				51	
			25				26				52	
			27				28				53	
			29				30				54	
HEURES	S SUPPLÉME	NTAIRES _						TOTAL DES			TOTAL DES	\vdash
ACCUMUI	LATION 6	0 NOMBR D'HEUR						HEURES TRAVAILLÉE	s	لـــــــا	JOURS DE CONGÉS	
REMISE DE TEMP (CODE 8		TIÈME HEUI	RES	71 QUANTIÈME HEURES	72	QUANTIÈME HEURE	s 73	QUANTIÈME HEURES	74 QUA	NTIÈME HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE	
<u> </u>	GNEMENTS C	COMPLÉME	NTAII	RES	_						NEMISE	
				taxation du jur	é ou to	émoin						
80 I DATI	S POUR PERI E DE DÉBUT NNÉE , MOIS	I	ATE D ANNÉE		E DU CO	NGÉ DURÉE (JOUR:			JURÉ OU Spécifie	r la	MONTANT	
									$\overline{}$	ration reçue	0,2,5	0,0,\$
PRÉNOM EN	I LETTRES MOULÉ	FESSIONNI ES	EL OU	_	LETTRES M	OULÉES			ſ	NCE-INVALIDITÉ ssionnel est tenu		a RAMQ le
				SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DI	Jntel PAIEMENT	SONT EXACTS.	ANNÉE	MOIS JOUR	montant	de la rente de l lon le cas, en v	retraite ou d'inv	alidité qu'il
Pierre Untel A A 1 1 2 6 par Retraite Québec, par										par la CNES	ST, par la	
PRÉNOM EN	ATION DE L'É	TABLISSEI ES	MENT	NOM EN	LETTRES M					ement ou la Ré		a sommoud
LA PERSONI	CQUES NE INSCRITE AU R	REGISTRE DES	SIGNATA	AIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE EMENTS MENTIONNÉS CI-DESSU	OUI SIGNE A	nsable	ANNÉE	MOIS JOUR			1	\$
DECETABLE				Responsab		no 10.	A A	1 1 2 6		(ANNEXER LES PIÈ	CES JUSTIFICATIVES	
1216 292	18/01			LAIRE DOIT COMPO TTRE UNE COPIE À								

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

PARTIE 10

C.S. (considération spéciale) :

LETTRE A : Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

Le cas échéant, lorsqu'un médecin doit rendre des services dans une localité où le taux de rémunération est différent de celui de l'établissement, il doit inscrire un « A » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉ-MENTAIRES*, le numéro de la localité, la date des services, la période de référence s'il y a lieu (de 1 à 30) ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.

LETTRE B: Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « **B** » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

PARTIE 11

Renseignements complémentaires :

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 10, la lettre « A » ou « B » dans la case *C.S.* Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale* (1944) et consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

PARTIE 12

Nombre de documents annexés :

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer **le nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

PARTIE 13

Congés pour période continue et prolongée

Le médecin peut à sa convenance utiliser cette partie **seule** ou **simultanément** avec d'autres pour déclarer la prise d'un congé dont la durée n'est pas inférieure à deux jours. Les autres parties qui peuvent être remplies en même temps que celle-ci sont :

« Activités » (partie 5), « Congés » (partie 6) et « Heures supplémentaires **relatives à la remise de temps seulement** » (partie 8).

Lorsque plusieurs parties sont remplies, il est important de s'assurer que la date d'un congé demandé pour une période continue et prolongée ne soit pas la même que celle utilisée préalablement dans une autre des parties précitées.

Une seule exception est cependant acceptable :

Il s'agit de la facturation d'activités qui pourrait porter la même date que celle de début ou de fin du congé facturé en période continue et prolongée.

Remarque: - toutes les cases de cette partie doivent être remplies;

- la date de début du congé facturé dans cette partie doit être comprise dans la période de la partie 3, (laquelle **est toujours d'une semaine**) et est aussi constituée de deux dates;
- les journées facturées dans cette partie (durée) doivent être entières.

À titre d'exemple, un congé de maternité pourra être demandé ainsi :

	_ CO1	NGÉS PO	UR PÉRI	ODE CO	NTINUE E	T PROL	ONGÉE _			
- (80	DATE DE	DÉBUT		DATE DE	FIN		CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	(MANAOSAGAEASEANAA/ASEGAEA
- 1	00	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR			1 1////////////////////////////////////
- 1		A A	0 4	4 -	ا ۸		0 0	0.1	1 0 0	1 1////////////////////////////////////
Ų		A A	0 4	c_{\perp}	A A	0 8	$3 \mid 0$	01	$[1 \downarrow 0 \downarrow 0]$	

La Régie générera hebdomadairement une demande de paiement, **pour les congés rémunérés et les jours ouvrés**, tant et aussi longtemps que la date de fin inscrite dans cette partie ne sera pas atteinte, cette demande de paiement portera le même numéro d'identification et paraîtra sur votre état de compte. Les demandes de paiement ainsi générées tiendront compte, lorsque cela s'applique, des congés fériés observés dans votre établissement respectif, sinon le tableau des congés fériés composant ce même document (point 1.3) sera alors utilisé.

À titre d'exemple, une période de **vacances annuelles** de quatre semaines facturée dans cette partie serait inscrite ainsi :

	. cor	NGÉS POI	UR PÉRI	ODE CON	NTINUE E	T PROL	ONGÉE _					
	80	DATE DE I	DÉBUT		DATE DE	FIN		CODE DU CONGÉ	DURÉ	ΈE (JΩ	OURS)	\
П	00	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR					1 <i>V////////////////////////////////////</i>
П		Λ Λ	0 5	Λ	ا ۸	0 5	0 7	00	٨	Ω	0	1 <i>V////////////////////////////////////</i>
Ų		$A \mid A$	0 0	0 4	$A \mid A$	$0 \mid 0$	4 1	02	U	Z	TO.) V <i>iiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii</i>

Remarque : En supposant que le 2 et le 27 mai correspondent à des journées fériées observées dans votre établissement, la Régie reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et deux jours de congés fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

PARTIE 14

Juré ou Témoin

Congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin :

- spécifier l'indemnité reçue;
- joindre les pièces justificatives et consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

Le congé pour juré ou témoin peut avoir été facturé sur une demande de paiement antérieure ou peut l'être en même temps que la déclaration de l'indemnité reçue à ce titre.

Le montant de l'indemnité se retrouve sur le formulaire « Taxation de juré ou témoin » sous l'identification « Perte de temps ». Ce formulaire est fourni par le ministère de la Justice.

PARTIE 15

Assurance invalidité

Le médecin **est tenu de déclarer** à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit, selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou par tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie de l'assurance maladie du Québec. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte (voir le paragraphe 8.06 de l'annexe VI de l'Entente dans la *Brochure* n^0 1). Consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

PARTIE 16

Signature du professionnel ou du mandataire

Prénom en lettres moulées et nom en lettres moulées :

Le médecin omnipraticien ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le médecin dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire dans les cases appropriées.

PARTIE 17

Attestation de l'établissement

Prénom en lettres moulées et nom en lettres moulées :

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la Régie qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la Régie qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par un signataire autorisé par l'établissement dans les cases appropriées.

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

1.1.3 Exemple de facturation : CLSC avec majoration

NUMÉRO DE (CONTRÔLE	EXTERNE					IDE DE PAI RES FIXES ET					Régie d l'assura	nce maladi	• * *
PROFE	SSION	NEL			NOM					I° DU PROFESSIONNI	=1	C.S.	Luébe	MENTS ANNEXÉS
													Nombrie de doco	MENTO / MINEXED
ÉTABLI	SSEME	NT					NUMÉRO) ((PÉRIODE	DÉBUT ANNÉE	ANT LE DIMANCHE _ MOIS JOUR	SE TERMINAN'	
CLS	C Rin	nouski	-Ne	iget	tte		9 3 4	4	6 H S	APPLIQUE À LA EMAINE	$A \mid A$	0 7 1 1		7 1 7
QUAN-		IVITÉS HORAIRE	(cocher)	pér.	CODE	SECTEUR	HEURES	RÉF.		CODE	SECTEUR	HEURES	CONGÉS	DURÉE
TIÈME	NUIT	AM PM	SOIR	RÉF.	D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	KEF.	[D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF. CODE	(JOURS)
1,4		X		1	0,0,2,0,3,0		0 4 0 0	2	0 0	2_0_3_0	2 , 3	0 2 0 0	40	
1,4			X	3	0,0,2,0,3,0	$2 \mid 4$	0 2 0 0	4					41	
1,6		X		5	0,0,2,0,3,0		0 4 0 0	6	0,0	2,0,3,0	2,5	0,2,0,0	42	1 1
1,6			X	7	0, 0, 2, 0, 3, 0	$2_{+}6$	$0_{1}2_{1}0_{1}0$	8					43	
				9				10					44	
				11				12	_1	IND			45	
				13			1.01	17		7			46	
				15		O	R.U.	16					47	
				17) [18					48	
				19				20					49	
				21				22					50	
				23				24					51	
				25				26					52	
				27				28					53	
				29				30					54	
HEURES	SUPPLI	ÉMENTAI	RES]				00		TOTAL DES	+-		TOTAL DES	
ACCUMUL		60 1	NOMBR O'HEUR		1 , 1 , 1				l	HEURES TRAVAILLÉES	0	1 6 0 0	JOURS DE CONGÉS	
REMISE DETEMPS (CODE 80	s 70	QUANTIÈME	HEU	RES	71 QUANTIÈME HEURES	72	QUANTIÈME HEURE		73 QUAN	TIÈME HEURES	74 QL	ANTIÈME HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIG	,	тѕ сомі	PLÉME	NTA	IRES								nemioe	
Ĺ.,		,												
80 DATE	DE DÉBL	JT	I			E DU CON	NGÉ DURÉE (JOURS	S)			Spécifi		MONTANT	
											rémune	ération reçue		\$
PRÉNOM EN	JRE DU F	PROFESS IOULÉES	SIONNI	EL O	U DU MANDATAIRE	ETTRES M	OULÉES					ANCE-INVALIDITÉ essionnel est tenu		la PAMO la
JE CERTIFIE	QUE LES RI	ENSEIGNEM	ENTS FO	URNIS	SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE	PAIEMENT	SONT EXACTS.	ANI	NÉE MOI:	S JOUR	montan	t de la rente de r	etraite ou d'inv	alidité qu'il
									۱.		par Re	elon le cas, en ve traite Québec,	par la CNES	ST, par la
ATTESTA PRÉNOM EN	ATION DE	E L'ÉTABI IOULÉES	ISSE	MENT		ETTRES M	OULÉES			-		ou de tout autre r sement ou la Réç		a contribué
LA PERSONN	IE INSCRITE	E AU REGIST	RE DES	SIGNAT	TAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE C VEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSU	UI SIGNE A	U NOM	ANN	NÉE MOI:	S JOUR				\$
DE L'ÉTABLIS	SEMENT AT	TESTE QUE	LES REN	ISEIGN	NEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSU	S SONT EX	ACTS.					(ANNEYER I ES DIÈ	CES JUSTIFICATIVES	
$\overline{}$												(MININEM LES PIE	OLO UUG HFIUMHIVES	<u>'</u>

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1216 292 18/01

1.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION

Codes s'appliquant dans tous les centres exploités par un établissement

- 01 Clinique externe
- 02 Moyen séjour
- **03** Courte durée (section générale)
- 04 Longue durée Soins prolongés
- **05** Unité de soins intensifs
- **06** Unité de soins coronariens
- **07** Service d'urgence
- **08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09 Hôpital de jour
- 10 Hôpital à domicile
- 11 Laboratoire
- **13** Services en gériatrie (dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 23 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 24 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 25 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 26 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 27 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 28 Clinique réseau Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 29 Auprès d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30 Auprès d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31 Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 32 Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 33 Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 34 Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 35 Service d'urgence d'un établissement (dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 36 Services cliniques dans un territoire désigné (E.P. RRSSS Nunavik SSS Baie-James CS Basse Côte-Nord) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 37 Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (lundi au vendredi de 8 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 38 Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 39 Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- **40** Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- **41** Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente n⁰ 132) (dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42 Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 0 h à 8 h)
- 43 E.P. Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée de 20 h à 24 h)
- **44** E.P. Santé publique (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- **45** E.P. Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)

Remarques: L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Veuillez vous y référer pour faire le lien avec le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre $Brochure \, n^0 \, 1$, sous l'onglet Entente, annexe IX).

> L'annexe XX de l'Entente prévoit une majoration durant les horaires défavorables pour certains codes d'activité et établissement. Veuillez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre *Brochure n^o 1*, sous l'onglet *Entente*, annexe XX).

> Il existe aussi des instructions de facturation spécifiques à certains accords, lettres d'entente ou ententes particulières concernant les majorations qui diffèrent de l'annexe XX (voir le document concerné dans votre Brochure n^0 1).

1.3 EXPÉDITION

L'utilisation du bouton « **Transmettre** » du service en ligne <u>Facturation – Formulaires</u> permet au responsable d'autorisation de votre établissement de transmettre votre facturation à la Régie.

Lorsque vous utilisez la transmission par télécommunication (TIP-I), l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la Régie. Vous, ou votre agence, devez en remettre une copie à l'établissement et conserver pendant cinq ans l'original portant les deux signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements de la Régie.

Selon le service ou le congé facturé, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la Régie avec la demande de paiement. En fonction du logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un « document de facturation » ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et fournir les pièces justificatives afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne <u>Facturation Formulaires</u> ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes votre numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- envoyer à la Régie la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

Vous pouvez faire parvenir ces documents à la Régie de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.

Par la poste

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être placés dans une même enveloppe de 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) et transmis à l'adresse suivante :

Service du règlement Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur

418-643-7585

1.4 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

		,
3		•
7	7	

JOURS FÉRIÉS	2017 / 2018	2018 / 2019	2019 / 2020
Journée nationale des Patriotes	22 mai 2017	21 mai 2018	20 mai 2019
Fête nationale du Québec	23 juin 2017	25 juin 2018	24 juin 2019
Fête du Canada	30 juin 2017	2 juillet 2018	1 ^{er} juillet 2019
Fête du Travail	4 septembre 2017	3 septembre 2018	2 septembre 2019
Action de grâces	9 octobre 2017	8 octobre 2018	14 octobre 2019
Veille de Noël	22 décembre 2017	24 décembre 2018	24 décembre 2019
Fête de Noël	25 décembre 2017	25 décembre 2018	25 décembre 2019
Lendemain de Noël	26 décembre 2017	26 décembre 2018	26 décembre 2019
Veille du jour de l'An	29 décembre 2017	31 décembre 2018	31 décembre 2019
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} janvier 2019	1 ^{er} janvier 2020
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2018	2 janvier 2019	2 janvier 2020
Vendredi saint	30 mars 2018	19 avril 2019	10 avril 2020
Lundi de Pâques	2 avril 2018	22 avril 2019	13 avril 2020

Ce tableau est publié à titre de référence pour le médecin. Il est utilisé à la Régie pour déterminer, entre autres, les droits du médecin en début ou fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède quatre semaines (paragraphe 4.13, annexe VI de l'Entente).

De plus, ce tableau est utilisé pour l'application de l'article 3.04 de l'annexe VI de l'Entente (Brochure nº 1).

Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans le tableau qui précède, le médecin doit se conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de l'établissement. Les autorités de l'établissement doivent faire parvenir à la Régie, avant le 1^{er} mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration.

Pour accéder aux calendriers de la Régie et à ceux des établissements ou installations, rendez-vous à la page *Calendriers* de l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

1.5 CODES DE CONGÉ

1.5.1 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE (annexe VI)

Congés parentaux : avec rémunération

- 01 Maternité Congé rémunéré (article 1.01)
- 10 Congé spécial, moins de 5 jours Complication de grossesse (article 1.20 a) ou Interruption de grossesse (article 1.20 b)
- 12 Résiduel des semaines du congé de Maternité décès de la conjointe (article 1.01)
- # 21 Congé spécial Visites reliées à la grossesse (article 1.20 c) transmettre un certificat médical et préciser la date prévue de l'accouchement lors de la première visite avec une copie de la demande de paiement
- # 22 Maternité Retrait préventif CNESST. Ce congé n'est pas prévu à l'Entente transmettre une copie de l'attestation approuvée par la CNESST avec une copie de la demande de paiement
 - 23 Paternité Congé rémunéré (article 1.22)
 - 25 Adoption Congé 10 semaines (article 1.23)
 - 68 Adoption de l'enfant du conjoint 2 jours précédant le code 69 (article 1.23 G)
- # 71 Congé spécial, 5 jours et plus Complication de grossesse (article 1.20 b) ou Interruption de grossesse (article 1.20 b) transmettre un certificat médical avec une copie de la demande de paiement

Congés parentaux : sans rémunération

- 27 Maternité Prolongation (article 1.05)
- 29 Maternité Congé sans rémunération (article 1.21 A)
- 31 Congé en vue d'une adoption 10 semaines (article 1.23 I)
- 35 Paternité Congé sans rémunération (article 1.21 A)
- 36 Adoption Congé sans rémunération (article 1.21 A)
- 60 Congé parental (article 4.12)
- 62 Maternité Suspension (article 1.03)
- 63 Paternité Congé sans rémunération (article 1.22 A)
- 64 Paternité Prolongation (article 1.22 D)
- 65 Paternité Suspension (article 1.22 C)
- 66 Adoption Prolongation (article 1.23 D)
- 67 Adoption Suspension (article 1.23 B)
- 69 Adoption de l'enfant du conjoint 3 jours suivant le code 68 (article 1.23 G)

Vacances

- 02 Vacances annuelles (article 2.02)
- 32 Vacances anticipées (article 2.07)
- **34** Vacances reportées (article 2.14)

Congés fériés

- 40 Congé férié annuel (article 3.01)
- **41** Congé additionnel (article 3.01)
- **42** Congé férié en période d'invalidité (article 3.05)

Congés spéciaux : avec rémunération

- 50 Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (article 4.01 A)
- 51 Décès des père, mère, frère, soeur, enfant (à l'exception de ceux prévus à 4.01 A), beau-père, belle-mère, bru et gendre (article 4.01 B)
- 05 Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (article 4.01 C)
- **08** Juré ou témoin (article 4.06)
- **52** Congé à traitement différé (article 10.03)

Congés spéciaux : sans rémunération

- 54 Candidat et exercice d'une fonction publique (article 4.05)
- 55 Mariage (article 4.07)
- 56 Congé annuel sans rémunération (article 4.08)
- **57** Année sabbatique (article 4.10)
- **58** Cours de formation (article 4.11)
- **59** Congé syndical (article 5.05 de l'Entente)
- 61 Comité de révision, événement spécial (article 1.12 et 1.24, 10 B)
- 20 Congé après entente avec l'établissement (article 4.12)

Perfectionnement

- **09** Congé de perfectionnement (article 5.01)
- 11 Congé de perfectionnement reporté (article 5.02)
- 17 Formation continue en UMF (article 7 de l'E.P. unité de médecine familiale)
- 18 Congé de ressourcement anticipé (annexe XII)
- 19 Congé de ressourcement (annexe XII)

Régimes d'assurances

Comité paritaire

70 Participation au comité paritaire (article 6.18)

Congés de maladie accumulés

- 15 Pré-retraite à plein tarif (article 8.01 a) i))
- 16 Pré-retraite à demi-tarif (article 8.01 a) i))

Invalidité

- 10 Assurance invalidité, moins de 5 jours (article 8.02 a) i))
- 71 Assurance invalidité, 5 jours et plus (article 8.02 a) i))
- 72 Assurance invalidité en période de réadaptation (article 8.02 a) ii))

1.6 CODES D'ACTIVITÉ

Le code d'activité se trouve en vérifiant d'abord si un code a été prévu à la **PARTIE COMPLÉMENTAIRE** nécessitant une **codification spécifique**. Lorsque le code n'est pas disponible dans cette partie, le médecin utilise le code prévu à la **PARTIE GÉNÉRALE**.

1.6.1 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

PARTIE GÉNÉRALE

Services professionnels en centre (établissement)

002030 002032 002037 002043 002055 002063 002079	Examens relatifs à l'hépatite C Services cliniques Rencontres multidisciplinaires Planification - programmation - évaluation Tâches médico-administratives et hospitalières Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice) Garde sur place Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)
	Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint
002098 002132	(annexe IX, article 5) Services de santé durant le délai de carence Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Santé et sécurité au travail (CNESST - Prévention)

007032 007037 007038 007047	Étude de dossiers Rencontres multidisciplinaires Planification - programmation - évaluation Coordination Exécution Programme pour une maternité sans danger
--------------------------------------	--

Annexe XXII

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (paragraphe 2.01 a) 3))

Programme en gériatrie :

Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
Rencontres multidisciplinaires
Planification - programmation - évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)
Communications (rencontre avec les proches)
Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)
Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
Services de santé durant le délai de carence

```
Services gériatriques (paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 c) 1) – unité de soins en courte durée gériatriques, 2.02 a) 1), 2.02 c) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) - unité de soins de longue durée)
```

```
101015 Examens relatifs à l'hépatite C
101030
        Services cliniques
101032
        Rencontres multidisciplinaires
101043
        Tâches médico-administratives et hospitalières
101055
        Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
101063
        Garde sur place
101070
        Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
101097
        Plan d'intervention pour le patient
101098
        Services de santé durant le délai de carence
        Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles
101132
266015
        Examens relatifs à l'hépatite C
```

266030 Services cliniques

266032 Rencontres multidisciplinaires

266043 Tâches médico-administratives et hospitalières

266055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

266063 Garde sur place

266070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

266080 Participation du médecin de famille (TH seulement)

266097 Plan d'intervention pour le patient

266098 Services de santé durant le délai de carence

266132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins physiques en psychiatrie (paragraphes 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins en courte durée, 2.02 b) 1) – unité de soins de longue durée)

2.02 b) 1) - unité de soins de longue durée)

027015 Examens relatifs à l'hépatite C

027030 Services cliniques

027032 Rencontres multidisciplinaires

027037 Planification - Programmation - Évaluation027043 Tâches médico-administratives et hospitalières

027055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

027063 Garde sur place

027098 Services de santé durant le délai de carence

027132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins palliatifs (paragraphe 2.01 a) 6))

053030 Services cliniques053032 Rencontres multidisciplinaires

053043 Tâches médico-administratives et hospitalières

053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

053063 Garde sur place

053067 Expertise professionnelle

053070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

053098 Services de santé durant le délai de carence

053132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Programme de toxicomanie (paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))

031015 Examens relatifs à l'hépatite C
 031030 Services cliniques
 Rencontres multidisciplinaires

031043 Tâches médico-administratives et hospitalières

031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

031063 Garde sur place

031132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

Programme en adaptation-réadaptation – Déficience physique (paragraphes 2.03 b) 1), 2.03 c) 1))

102030 Services cliniques

102032 Rencontres multidisciplinaires

102043 Tâches médico-administratives et hospitalières

102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

102063 Garde sur place

102098 Services de santé durant le délai de carence

102132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et protection de la jeunesse (paragraphes 2.03 b) 1), 2.03 b) 2), 2.03 b) 4))

100015 Examens relatifs à l'hépatite C

100030 Services cliniques

100032 Rencontres multidisciplinaires

100043 Tâches médico-administratives et hospitalières

100055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

100098 Services de santé durant le délai de carence

Soins psychiatriques (paragraphes 2.04 a) 1), b) 1), b) 2))

265015 Examens relatifs à l'hépatite C

265030 Services cliniques

265032 Rencontres multidisciplinaires

265037 Planification - Programmation - Évaluation

265043 Tâches médico-administratives et hospitalières

265055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

265063 Garde sur place

265098 Services de santé durant le délai de carence

265132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Annexe XXIII

Garde sur place (paragraphes 2.16)

XXX063 Garde sur place

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins psychiatriques (paragraphes 3.01 a) 6) c) 2) et c) 3))

265015 Examens relatifs à l'hépatite C

265030 Services cliniques

265032 Rencontres multidisciplinaires

265037 Planification - Programmation - Évaluation

265043 Tâches médico-administratives et hospitalières

265055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

265063 Garde sur place

265098 Services de santé durant le délai de carence

265132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins gériatrie courte durée et ambulatoire (paragraphes 3.01 a) 1)

073030 Services cliniques

073032 Rencontres multidisciplinaires

073037 Planification, programme et évaluation (élaboration et implantation de programmes/services)

073055 Communications (rencontres avec les proches)

073056 Activités cliniques encadrement (encadrement thérapeutique)

073067 Expertise professionnelle

073098 Services de santé durant le délai de carence

Soins palliatifs longue durée et courte durée (paragraphe 3.01 a) 3) et 4))

053030 Services cliniques

053032 Rencontres multidisciplinaires

053043 Tâches médico-administratives et hospitalières

053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

053063 Garde sur place

053067 Expertise professionnelle

053098 Services de santé durant le délai de carence

053132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins d'hébergement et de soins de longue durée (paragraphe 3.01 a) 5))

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins gériatrie courte durée dans un centre d'hébergement (paragraphe 3.01 b) 1))

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

266015 Examens relatifs à l'hépatite C

266030 Services cliniques

266032 Rencontres multidisciplinaires

266043 Tâches médico-administratives et hospitalières

266055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

266063 Garde sur place

266070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

266080 Participation du médecin de famille (TH seulement)

266097 Plan d'intervention pour le patient

266098 Services de santé durant le délai de carence

266132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins psychiatriques unité d'hébergement et de soins longue durée (paragraphe 3.01 c) 1))

027015 Examens relatifs à l'hépatite C

027030 Services cliniques

027032 Rencontres multidisciplinaires

027037 Planification Programmation Évaluation

027043 Tâches médico-administratives et hospitalières

027055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

027063 Garde sur place

027098 Services de santé durant le délai de carence

027132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins dans un CHSLD (paragraphe 3.01 d) 1))

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

266015 Examens relatifs à l'hépatite C

266030 Services cliniques

266032 Rencontres multidisciplinaires

266043 Tâches médico-administratives et hospitalières

266055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

266063 Garde sur place

266070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

266080 Participation du médecin de famille (TH seulement)

266097 Plan d'intervention pour le patient

266098 Services de santé durant le délai de carence

266132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins dans un CHSGS dans un unité d'hébergement et de soins longue durée et courte durée (paragraphe 3.01 e) 1) et 2))

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins de réadaptation en déficience physique (paragraphe 3.01 g) 1))

100015 Examens relatifs à l'hépatite C

100030 Services cliniques

100032 Rencontres multidisciplinaires

100043 Tâches médico-administratives et hospitalières

100055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

100098 Services de santé durant le délai de carence

Soins de réadaptation en déficience intellectuelle (paragraphe 3.01 g) 2))

102030 Services cliniques

102032 Rencontres multidisciplinaires

102043 Tâches médico-administratives et hospitalières

102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

102063 Garde sur place

102098 Services de santé durant le délai de carence

102132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

PARTIE GÉNÉRALE (SUITE)

Soins de réadaptation en toxicomanie (paragraphe 3.01 g) 3))

```
031015 Examens relatifs à l'hépatite C 031030 Services cliniques
```

031032 Rencontres multidisciplinaires

031043 Tâches médico-administratives et hospitalières

031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

031063 Garde sur place

031132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins dans un CHSGS avec unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive ou de soins subaigus (paragraphe 3.01 h) 1))

```
102030 Services cliniques
```

102032 Rencontres multidisciplinaires

102043 Tâches médico-administratives et hospitalières

102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

102063 Garde sur place

102098 Services de santé durant le délai de carence

102132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Installation ayant pour mission un centre local de services communautaires CLSC (paragraphe 3.02 a))

002015 Examens relatifs à l'hépatite C

002030 Services cliniques

002031 Étude de dossiers

002032 Rencontres multidisciplinaires

002037 Planification - programmation - évaluation002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

002098 Services de santé durant le délai de carence

002132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Unité de médecine familiale en CLSC (paragraphe 3.02 a) 9)) ou CH (paragraphe 3.02 b) 1))

051015 Examens relatifs à l'hépatite C

051027 Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques

051028 Gestion administrative spécifique de l'UMF

051030 Services cliniques

051031 Étude de dossiers

051032 Rencontres multidisciplinaires

051043 Tâches médico-administratives et hospitalières

051068 Encadrement clinique et pédagogique

051069 Activité supervision

063030 Services cliniques malade admis

072101 Activités de fonctionnement en GMF

072103 Activités cliniques en GMF

PARTIE GÉNÉRALE (SUITE)

Services dispensés en santé publique (paragraphe 3.02 c))

Examens relatifs à l'hépatite C
 XXX025
 XXX030
 XXX030
 XXX032
 XXX032
 XXX037
 XXX037
 XXX047
 XXX047
 XXX047
 XXX047
 XXX067
 XXX088
 XXX088
 XXX098
 Examens relatifs à l'hépatite C
 Programme de dépistage de cancer du sein
 Services cliniques
 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
 Implantation des programmes
 Expertise conseil, information et coordination
 Programme de vaccination contre le méningocoque
 Services de santé durant le délai de carence

XXX148 Services cliniques : Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie

Remarque: Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, XXX peut correspondre à :

- 115 : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale

- 145 : les traumatismes non intentionnels

- 155 : les maladies infectieuses
- 165 : la santé environnementale
- 175 : la santé en milieu de travail
- 185 : autres secteurs d'activités

- 195 : les habitudes de vie et les maladies chroniques

Services en santé et sécurité du travail pour le compte de la CNESST sous la responsabilité d'une direction de santé publique (paragraphe 3.02 d))

007031 Étude de dossiers
007032 Rencontres multidisciplinaires
007037 Planification - programmation - évaluation
007038 Coordination
007047 Exécution
007093 Programme pour une maternité sans danger

CLSC, médecine de famille, IVG, programme jeunesse (Annexe I section B1 de l'annexe XXIII)

072101 Activités de fonctionnement en GMF

UMF en CLSC ou en CH (Annexe I section B2 de l'annexe XXIII)

072101 Activités de fonctionnement en GMF
076110 Services cliniques sans rendez-vous
076111 Services cliniques avec rendez-vous

002015 Examens relatifs à l'hépatite C

Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs (Annexe I section B3 de l'annexe XXIII)

002030 Services cliniques 002032 Rencontres multidisciplinaires 002037 Planification - programmation - évaluation **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières 002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice) 002063 Garde sur place 002079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5) 002098 Services de santé durant le délai de carence

002132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE

LETTRES D'ENTENTE

Lettre d'entente nº 87 – Garde aux points de service de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes

002081 Garde en disponibilité

Lettre d'entente nº 132 – Prise en charge du service de l'urgence d'un établissement désigné par un groupe de médecins

075015 Examens relatifs à l'hépatite C
 075030 Services cliniques
 075063 Garde sur place
 075081 Garde en disponibilité (EP – Grand-Nord, C.H. de l'Archipel, Centre de santé de Chibougamau)
 075098 Services de santé durant le délai de carence
 075132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Lettre d'entente no 269 – Certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière

XXX158 Services cliniques (grippe)

Lettre d'entente n° 275 – Modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte pour le programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et pour le programme de santé mentale d'un CLSC

(abrogée par l'Amendement nº 162 le 30 septembre 2017)

Programme de soutien à domicile

259276 Services cliniques – selon LE 275
259277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Programme pour les soins palliatifs à domicile

260276 Services cliniques – selon LE 275
 260277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Programme de santé mentale adulte

261276 Services cliniques – selon LE 275
 261277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Programme de santé mentale jeunesse

262276 Services cliniques – selon LE 275
 262277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Lettre d'entente nº 281 – Services dispensés auprès des Anciens Combattants hébergés en soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

266015 Examens relatifs à l'hépatite C
266030 Services cliniques
266032 Rencontres multidisciplinaires
266043 Tâches médico-administratives et hospitalières
266055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
266063 Garde sur place
266070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
266080 Participation du médecin de famille (TH seulement)
266097 Plan d'intervention pour le patient
266098 Services de santé durant le délai de carence
266132 Garde sur place effectuée à même la période réqulière d'activités professionnelles

Lettre d'entente n^o 299 – Concernant la rémunération des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté

268030 Services cliniques

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE

ACCORDS

Accords nos 78*, 79, 81, 82, 83*, 282* et 283*

002094 Garde en disponibilité (points de service)

* : Professionnels ayant des droits acquis à honoraires fixes.

Accord no 700

002040 Médecin de service

Accord no 724

Natures de service

002XXX Serv. méd. en centre (établ.) 263XXX Programme de toxicomanie **264XXX** Programme d'itinérance

Emplois de temps

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX030 Services cliniques

XXX031 Étude de dossiers

XXX032 Rencontres multidisciplinaires XXX037 Planification – Programmation – Évaluation

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

XXX063 Garde sur place

XXX071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)

XXX079 Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Code d'activité

088030 Services cliniques disp. Détention EP CLSC

Accord no 725

051015 Examens relatifs à l'hépatite C

051027 Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques

051028 Gestion administrative spécifique de l'UMF

051030 Services cliniques **051031** Étude de dossiers

051032 Rencontres multidisciplinaires

Tâches médico-administratives et hospitalières

051068 Encadrement clinique et pédagogique

051069 Activité de supervision

Accord no 727

Code d'activité

277297 Télésanté Accord nº 727 – Centre Masko-Siwin

ENTENTES PARTICULIÈRES

EP 1 - Médecins qui exercent dans le Grand-Nord

002015 Examens relatifs à l'hépatite C 002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002081 Garde en disponibilité

002094 Garde en disponibilité (points de service)

Services de santé durant le délai de carénce 002098

Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles 002132

002147 Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 6 – Garde dans un service d'urgence de certains CLSC du réseau de garde intégré

002063 Garde sur place

002132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

EP 17 – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC

Dans un CLSC = 002XXX

Dans le programme Toxicomanie = 263XXX

Dans le programme Itinérance = 264XXX

Programme Santé mentale en CLSC = 276XXX

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX030 Services cliniques **XXX031** Étude de dossiers

XXX032 Rencontres multidisciplinaires

XXX037 Planification - programmation - évaluation

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

XXX063 Garde sur place

XXX079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Programme Centre de détention

088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre anti-poison

089030 Services cliniques

089067 Expertise conseil, information et coordination

EP 19 – Evaluation multidisciplinaire

050032 Rencontres multidisciplinaires

050043 Tâches médico-administratives et hospitalières

EP 21 – Planning - sexualité

052030 Services cliniques

052032 Rencontres multidisciplinaires

052043 Tâches médico-administratives et hospitalières

052055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

052098 Services de santé durant le délai de carence

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)

EP 23 - Médecins qui exercent au Centre de santé Chibougamau

002015 Examens relatifs à l'hépatite C

002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

002081 Garde en disponibilité

002098 Services de santé durant le délai de carence

002132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

002147 Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 24 – Santé publique

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX025 Programme de dépistage de cancer du sein

XXX029 Garde en disponibilité

XXX030 Services cliniques

XXX032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique

XXX037 Planification, élaboration et implantation des programmes

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX047 Évaluation de l'impact des programmes

XXX067 Expertise conseil, information et coordination

XXX088 Programme de vaccination contre le méningocoque

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

XXX148 Services cliniques: Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie

Remarque: Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, XXX peut correspondre à :

- 115 : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;

- 145 : les traumatismes non intentionnels;

- 155 : les maladies infectieuses;

- 165 : la santé environnementale:

- 175 : la santé en milieu de travail - 185 : autres secteurs d'activités

- 195 : les habitudes de vie et les maladies chroniques

EP 29 – Malade admis, certains CHSGS

Soins dispensés durant les horaires favorables (excluant journées fériées)

070015 Examens relatifs à l'hépatite C

070030 Services cliniques

070032 Rencontres multidisciplinaires

070037 Planification - Programmation - Évaluation 070043

Tâches médico-administratives et hospitalières

070055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

070063 Garde sur place

070079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX. article 5)

070098 Services de santé durant le délai de carence

070132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

EP 32 – RRSSS du Nunavik (17), Conseil Cri SSS de la Baie-James (18) et CS Basse Côte-Nord (droits acquis)

002015 Examens relatifs à l'hépatite C

002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002081 Garde en disponibilité

002094 Garde en disponibilité (points de service)

002098 Services de santé durant le délai de carence

002132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)

EP 33 – Groupe de médecine familiale (GMF)

072101 Activités de fonctionnement en GMF

072103 Activités cliniques en GMF

EP 39 - Clinique réseau

076110 Services cliniques sans rendez-vous exempts du plafond trimestriel (article 7.01)

076111 Services cliniques avec rendez-vous

EP 42 - Médecin enseignant

051015 Examens relatifs à l'hépatite C

Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques 051027

051028 Gestion administrative spécifique de l'UMF

051030 Services cliniques

051031 Étude de dossiers

051032 Rencontres multidisciplinaires

051043 Tâches médico-administratives et hospitalières

051068 Encadrement clinique et pédagogique

051069 Activité supervision

063030 Services cliniques malades admis

EP 43 – Garde sur place - urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés ou réseau de garde intégré

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

EP 44 – Médecins qui exercent dans ou auprès du CSSS des Îles

002015 Examens relatifs à l'hépatite C

002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002081 Garde en disponibilité (aboli au 31 mars 2010)002083 Garde en disponibilité (anesthésie)

002098 Services de santé durant le délai de carence

002132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

002147 Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 49 – Programme spécifique dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Autre que services pré-hospitaliers

054015 Examens relatifs à l'hépatite C

054030 Services cliniques

054032 Rencontres multidisciplinaires

054043 Tâches médico-administratives et hospitalières

054055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

054098 Services de santé durant le délai de carence

Services pré-hospitaliers cliniques

058037 Planification - Programmation - Évaluation

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)

EP 52 - Services pré-hospitaliers d'urgence

Section I - Services préhospitaliers d'urgence régionaux

225075 Témoin période régulière
225159 Assurance-qualité
225161 Activités liées au plan des mesures d'urgence
225163 Participation aux comités nationaux
225164 Activités médico-administratives autorisées

Section II - Services préhospitaliers d'urgence des régions Montréal et Laval

205063 Garde sur place
205075 Témoin période régulière
205132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
205159 Assurance-qualité
205160 Constat de décès
205161 Activités liées au plan des mesures d'urgence
205162 Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut réclamer cette activité)
205163 Participation aux comités nationaux
205164 Activités médico-administratives autorisées
205165 Garde en disponibilité – Constat décès

Section III - Services préhospitaliers d'urgence de l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal

215063 Garde sur place
215132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
215163 Participation aux comités nationaux
215164 Activités médico-administratives autorisées
215165 Formation donnée
215167 Support en ligne
215168 Élaboration et évaluation de protocoles ou activités
215169 Garde en disponibilité – Support en ligne

EP 54 - Groupe médecine de famille désigné réseau

269110 Services cliniques sans rendez-vous269111 Services cliniques avec rendez-vous

PROTOCOLES D'ACCORD

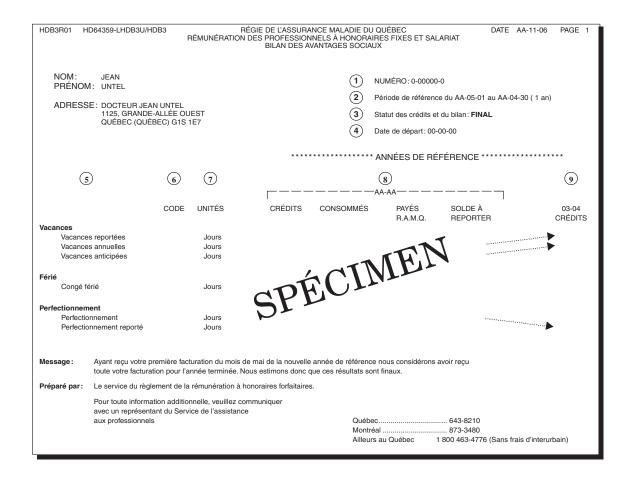
Protocole d'accord « CISSS ou CIUSSS »

	Coordination (coordonnateur) Expertise professionnelle (médecin-conseil)
049130	Participation à une réunion Exécution d'un mandat

Protocole d'accord « DRMG »

049014	Participation au comité de direction du DRMG
049108	Médecin mandaté pour participer à une table locale
049109	Médecin participant à un mandat <i>ad hoc</i>

1.7 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (annexe VI de l'Entente)



1.7 DESCRIPTION DU BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (9 parties)

- 1 Numéro d'inscription du professionnel à la Régie.
- 2 La période de référence pour laquelle est réalisé le bilan. Elle s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
- 3 Le statut des crédits et du bilan est **provisoire** lorsque les crédits, pour la période de référence, ont été établis approximativement. Ils seront à nouveau calculés dès que la facturation du professionnel, pour la période du bilan, sera complétée.

Le statut est **final** lorsque, pour la période de référence, la facturation est considérée complétée. Les crédits ont été calculés selon cette facturation et à moins de modification à celle-ci, ils ne devraient plus changer.

- 4 Si le professionnel a cessé ses activités à honoraires fixes durant la période du bilan, la date de départ est la date de fin de son dernier contrat ou avis de service.
- **5** Description des codes de congés annuels par catégorie.
- 6 Codes de congés.
- 7 Unité de mesure du congé. Habituellement en jours, exceptionnellement en heures.
- **8** Information concernant les congés du professionnel pour la période du bilan, par congé et selon l'unité de mesure spécifiée :

- Crédits : Valeur des droits de crédits annuels qui ont été calculés.

- Consommés : Valeur des congés utilisés.

- Payés RAMQ: Valeur des congés non utilisés qui ont été payés conformément à l'Entente.

- Solde à reporter : Valeur des congés non utilisés et non payés par la RAMQ qui sont reportés à la période

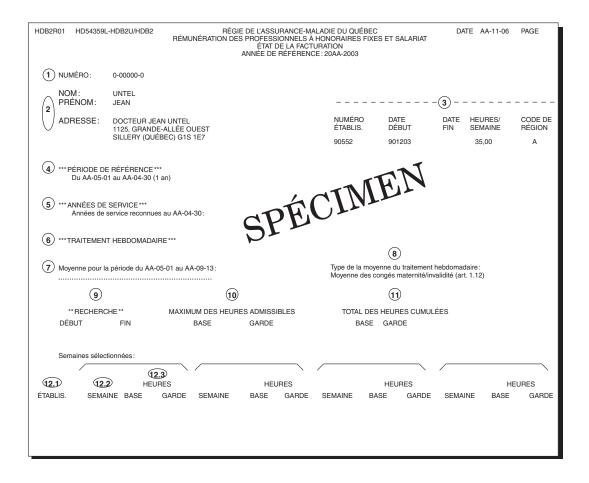
de référence suivante conformément à l'Éntente.

9 Information concernant les crédits de congés du professionnel pour la période de référence qui suit celle du bilan.

Les vacances anticipées (32), les congés fériés (40), les congés additionnels (41) et les congés de perfectionnement (09) sont attribués à l'avance selon le maximum annuel possible et selon l'information au dossier du professionnel. Ces crédits seront calculés précisément à la fin de la période de référence et feront l'objet du prochain bilan.

La valeur des autres congés provient du « solde à reporter » des congés de l'année du bilan. Ex. : La valeur des vacances annuelles (02) provient du « solde à reporter » des vacances anticipées (32) de l'année du bilan.

1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (avantages sociaux, annexe VI de l'Entente)



1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (parties 1 à 12)

- 1 Numéro d'inscription du professionnel à la Régie.
- 2 Nom et adresse postale fournis par le professionnel pour l'envoi de son courrier.
- 3 Information concernant les avis de service ou les contrats du professionnel pour la période de référence :

Le numéro d'établissement du contrat.

La date de début.

La date de fin.

Les heures hebdomadaires.

Le territoire de tarification.

- 4 La période de référence pour laquelle est réalisé l'état de facturation. Elle s'étend toujours du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
- 5 Les années de service accumulées selon nos fichiers à la fin de la période de référence précédente ou en début de la période courante.
- 6 Section regroupant les différentes moyennes de traitement hebdomadaire utilisées durant la période ainsi que, pour les médecins omnipraticiens, la moyenne selon l'article 1.24 de la période suivante lorsque celle-ci est établie (référence à l'annexe des avantages sociaux).
- 7 Valeur de la moyenne journalière et période durant laquelle elle est utilisée.
- 8 Identification du type de la moyenne du traitement hebdomadaire.
- 9 Période durant laquelle ont été sélectionnées les semaines nécessaires au calcul de la moyenne.
- 10 Maximum admissible des heures de base et de garde pour le calcul de la moyenne.
- 11 Total des heures cumulées pour le calcul de la moyenne.
- 12 Détail des semaines sélectionnées pour le calcul de la moyenne.
 - 12.1 Le numéro d'établissement où les heures ont été facturées.
 - **12.2** La date du dimanche de la semaine sélectionnée.
 - 12.3 Les heures de base et de garde cumulées pour la semaine dans l'établissement.

1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (avantages sociaux, annexe VI de l'Entente) (suite)

HDB2R01 HD5	4359L-HDI	B2U/HDB2 R		N DES PRO	L'ASSURANCE-I DFESSIONNELS ÉTAT DE LA FAC ÉE DE RÉFÉREI	À HONORAIRI TURATION	ES FIXES ET SALARIAT	DATE	AA-1106	PAGE	2
NUMÉRO NOM : PRÉNO	UN	00000-0 NTEL AN									
(13) *** SOMM	AIRE DU T	EMPS SUPPLÉME	ENTAIRE***								
SOLDE 30 AVRI	AU	(13.2) ACCUMULATIO	N REMI	_	SOLDE AU 30 AVRIL AA						
(14) ACCUMU	LATION PA	IR ÉTABLISSEMEI	NT ET DATE M	AXIMUM PO	OUR REMISE:						
(14.1		14.2	14.	3	14.4	14.5					
ÉTABLISSI	MENT	DATE ACCUMULATIO	DATE MA N POUR RI		HEURES ACCUMULÉES	SOLDE	- T				
						-71	H.N				
	_				40	U/I		_			
				OT	H'C	11					
				PI							
	,	, ,					14.6				
		ÉMUNÉRATION*** référence du AA-08		-30:							
							15.1		15.2		
	DES	SCRIPTION	CODE		ATE DATE BUT FIN	DU	RÉE DU CONGÉ		HEURES PROLONGATION		
		CRÉDITS DE COI E COMPTABILISAT			ATION***						
Congé fér Perfection	annuelles anticipées ié annuel/fé	érié en période d'in	validité	CODE 02 32 40 09 11	UNITÉ DES CRÉDITS Jour Jour Jour Jour Jour	CRÉDITS	CONSOMMATION		SOLDE		

1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (suite) (parties 13 à 16)

- 13 Conciliation des soldes de temps supplémentaire de début et de fin de période.
 - **13.1** Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de l'année de référence précédente.
 - **13.2** Total des heures supplémentaires accumulées durant la période de référence.
 - **13.3** Total des heures supplémentaires accumulées qui ont été remises en temps ou payées durant la période de référence.
 - **13.4** Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de la période de référence ou jusqu'à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
- 14 Détail du solde de temps supplémentaire à la fin de la période, par établissement et par date d'accumulation.
 - **14.1** Le numéro d'établissement où le temps supplémentaire a été accumulé.
 - **14.2** La date du samedi de la période de facturation où le temps supplémentaire a été accumulé sauf pour la dernière semaine de l'année de référence où le samedi est remplacé par le 30 avril.
 - **14.3** La date limite pour reprendre en temps les heures accumulées. Au-delà de cette date, les heures non remises seront payées au professionnel.
 - **14.4** Total des heures supplémentaires accumulées pour la période de facturation.
 - 14.5 Solde par période de facturation; heures accumulées moins les heures remises en temps.
 - **14.6** Total du temps supplémentaire accumulé, non remis en temps et non payé, à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
- 15 Cette section paraît si le professionnel a bénéficié de congés sans rémunération au cours de la période de référence. On y voit la description du congé, le code de congé et les dates de début et de fin du congé.
 - 15.1 La durée du congé indique, lorsque cela s'applique, si le congé sans traitement est partiel ou total.
 - **15.2** Les heures de prolongation indiquent, dans le cas d'un congé partiel sans traitement, le nombre d'heures de présence au travail.
- 16 Sommaire des crédits de congés et de leur consommation. On y montre les crédits de congés, en jours ou en heures, selon le cas, dont le professionnel dispose en début de période de référence, la consommation cumulée à la date de la dernière période de facturation présente sous la rubrique sommaire de la facturation et le solde à ce même moment.

1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (avantages sociaux, annexe VI de l'Entente) (suite)

HDB2R01	RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-2003											
N	UMÉRO IOM : RÉNOI	U	00000-0 NTEL EAN									
*** SOMM Période d	IAIRE DI u AA-05	E LA FACT -01 au AA-	URATIO -04-30 (1	N*** 17 an)								
18)	19	20	21)	22	23	24)	25	26	27 28 29		
SEMAII DÉBUT	NE FIN	NUMÉRO ÉTAB.	NCE	TOTAL SEMAINE	RÉGUL.		LÉMENTA		DE GARDE PLACE DISPO.	JOURS HRES	S. JOURS	
							,	~1	ME	7		
						D	É	C_{1}	LIVE			
					1)1						
TOTAUX:	30											
***DESCR	RIPTION	DES COD	ES DE C	ONGÉS U	TILISÉS*	**						
CODES 01			ESCRIPT Maternité									
02 09		,	Vacances Perfection	annuelles nnement								
40			Congé fé	rié annuel	férié en _l	période d	'invalidité	é				

1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (suite) (parties 17 à 30)

- 17 Sommaire de la facturation. Cette section montre le détail de la facturation pour chaque semaine de la période de référence.
- 18 Les dates de début et de fin de la période de facturation (du dimanche au samedi).
- **19** Le numéro d'établissement.
- 20 Le numéro de la demande de paiement soumise par le professionnel ou l'inscription « RRI » s'il s'agit d'un règlement effectué par la Régie.
- 21 Le total des heures d'activités travaillées au cours de la semaine plus les heures payées en congé ou en remise de temps.
- 22 Les heures travaillées excluant les heures supplémentaires (accumulées ou payées) et les heures de garde.
- 23 Les heures supplémentaires payées.
- 24 Les heures supplémentaires accumulées.
- 25 Les heures remises en temps ou payées par la Régie.
- 26 Les heures payées en garde sur place et en garde en disponibilité.
- **27** Les codes de congés facturés pour la période de facturation.
- 28 Le nombre de jours de congés.
- 29 La valeur en heures des jours de congés.
- **30** Totaux des heures et des congés pour la période de référence.

2.0 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode de vacation, du tarif horaire et du *per diem* la *Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215).

Cette demande de paiement peut être remplie et transmise par le service en ligne <u>Facturation – Formulaires</u> de la Régie. Un quide de remplissage est disponible dans ce service en ligne en soutien à la facturation.

Le médecin qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système Télécommunications des informations de paiement par Internet (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet *Formulaires* de la section réservée à sa profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

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.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, 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 avril 20AA s'écrit AA-04-15.

S

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon les modes de la vacation, du tarif horaire et du *per diem*. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consulter les annexes XII et XII-A de l'*Entente* dans la *Brochure n^o 1* ainsi que la rubrique *Rémunération différente*, sous l'onglet *Facturation*, dans la section dédiée à votre profession sur le site de la Régie, au <u>www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels</u>.

La liste des localités est accessible sous l'onglet *Manuels* à la même adresse.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la Régie, lorsque la rémunération différente s'applique.

Remarque: Le per diem de cette section est différent de celui de la section rémunération mixte. Assurez-vous de vous référer à la section qui vous concerne. La rémunération mixte prévoit le paiement d'un per diem auquel s'ajoute un pourcentage de certains actes (voir section 3.0).

2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES (formulaire 1215)

NUMÉRO DE	D				Tarif	hora	DEI aire,					IEM aitair			vacat	tion			R I	légi assi	uran	ice n	naladi SDE		ቶ <u></u> ቶ
PROFES PRÉNOM	SSIONNI	EL ②			N	MOM									N° DU PF	ROFESSI	ONNEL	N°	DU GF	OUPE		C.S.	NO ANI	MBRE DE D	OCUMENTS
		<u></u>																				<u>(8</u>	灲		10)
ÉTABL	ISSEME	ENT							- In	IUMÉRO)		\neg	_	ÉRIOD		DÉE	BUTANT	TIED	IMANO	HE	SET	ERMINA	NTIES	AMEDI
				(3)									S'A	TTE DEM. PPLIQUE		ANNÉ		MOIS		OUR	ANNI	ÉE M	OIS	JOUR
												1 1		SEM	MAINE		Ш				_		(4	<u> </u>	
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ-RATION NU	(606	ORAIRE ner) RÉ PM SOIR	F. C	CODE ACTIVIT	ΓÉ	SECTEUF DISP.	TRA	EURES VAILLÉE	s RÉF		COD D'ACTI			SECTEUR DISP.		URES AILLÉES	RÉF.		D'AC	DDE TIVITI	<u> </u>	SECTEUR DISP.	HEU TRAV/	JRES AILLÉES
	1011011	J.1 7441	1							2								3							,
			4							5	T.			_			<u>.</u>	6							
			7							8	Г							9							
			10						1 .	11							1 .	12							
5			10	6)					14								15							
			16	6					1 .	17					_	۲.		18				1			
			19						1 .	20	_	7	17	F	1.	1	1 .	21							
			22	2			_, ¬	Ó	公	23		77	1		_		1 .	24							
			25	5			S	Y		26							1 .	27							
			28	3					1 .	29							1 .	30							
			3-	1						32					_		1 1	33				,			
			34	1						35								36			1 1	1			
			37	7						38					_		L	39			1 1				
			40							41							Lı	42							
			43	3					1 .	44							L	45	<u> </u>		1 1	1			لــــا
DENSE	IGNEME	NTS (OMPI É	MENTA	IDES															1 1		EURES		7)]
(ILINOL	IGIVEINE		JOINI LL		LO																				
										9)														
FRAIS	DE DÉPL	ACE																							
CODE POST	TAL DE DÉPAF	RT (LIEU	DE TRAVAIL I	HABITUEL)	CODE PO	OSTAL D'A	ARRIVÉE (É	ETABLISS	SEMENT V	/ISITÉ)		DATE D'AR ANNÉE	RIVÉE	OIS	JOUR	HEURE	D'ARRI	VEE I	DISTA	NCE TO	OTALE	KI	MONTAI	IT RECLA	AME)
HEURES NOMBR	DE DÉPLA	ACEME	NT]																						
SIGNAT PRÉNOM EN I	URE DU	PROF	ESSION	INEL O	J DU N	ANDA ETTRES	ATAIRE MOULÉES					PRÉNOM	EST/	TRES	N DE MOULÉE	L'ÉTA s	BLIS	SEME	NT NOM	EN LET	TRES	MOULÉE	:S		
JE CERTIFIE (DE PAIEMENT	QUE LES REI F SONT EXAC	NSEIGNE TS.	MENTS FOU	RNIS SUR L	A PRÉSEN	TE DEMA	ANDE	DATE ANNÉE	MOIS	Jou	R	QUI SIGN	IE AU N	OM DE	ITE AU RE E L'ÉTABLI SUS SONT	SSEMEN	T ATTES	NATAIRE TE QUE	S AUTO LES RE	DRISÉS ENSEIG	DE LA NEMEN	RÉGIE ITS	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR
$\overline{}$												$\overline{}$													

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT 1215 292 18/01 EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

2.1.1 Description du formulaire (13 parties)

La demande de paiement comporte 13 parties :

- 1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres;
- 2. Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés;
- 3. Identification de l'établissement où les services ont été dispensés;
- 4. Période de facturation;
- 5. Quantième;
- 6. Indication des activités et des heures effectuées;
- 7. Total des heures travaillées;
- 8. C.S. (considération spéciale);
- 9. Renseignements complémentaires;
- 10. Nombre de documents annexés:
- 11. Frais de déplacement;
- 12. Signature du professionnel ou du mandataire;
- 13. Attestation de l'établissement.

Remarque: La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le professionnel puisse y inscrire un numéro de contrôle externe à quatre chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 1 à 4)

	DEMANDE DE I rif horaire, honoraires fo		Régie de l'assurai n	uébec * *					
PROFESSIONNEL	NOM	N° DU PROFE	SSIONNEL Nº DU GROUPE	C.S. NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS					
PIERRE	UNTEL		9,9,94						
ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO	CETTE DEMAND		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR					
Hôtel-Dieu de Lévis	0 3	S'APPLIQUE À L SEMAINE	$A \mid A \mid A \mid 0 \mid 6 \mid 1 \mid 5$	$\begin{array}{ c c c c c c c c c c c c c c c c c c c$					
QUAN- MODE DE PLAGE HORAIRE RÉAMINÉ. (cocher) RÉF. COI	DE SECTEUR HEURES RÉF.	CODE SECTEUR	HEURES RÉF. CODE	SECTEUR HEURES					
TIEME RATION NUIT AM PM SOIR D'ACT	IVITE DISP. THAVAILLEES	D'ACTIVITÉ DISP. TI	RAVAILLEES D'ACTIVIT	É DISP. TRAVAILLÉES					
	2		3						
4	5		6						
7	8		9						
	11		12						
13	14		15						
16	17	. *	18						
19	20	MARIN	21						
22	23	11111	24						
25	SPE								
			27						
28	29		30						
31	32		33						
34	35		36						
37	38		39						
40	41		42						
43	44		45						
TOTAL DES HEURES									
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRE	:s			AILLÉES					
FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) DATE D'ARRIVÉE HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE MONTANT RÉCLAMÉ									
OUDE PUSIAL DE DEPARTI (LIEU DE TRAVAIL RABITOEL) OUDE PUSTAL D'ARRIVEE (ETABLISSEMIENT VISITE) ANNÉE MOIS JOUR KM KM									
HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE									
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES									
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE DATE ANNÉE MOIS JOUR MENTIONNÉS CHDESSUS SONT EXACTS.									
	T COMPORTER LES DEUX S COPIE À L'ÉTABLISSEMENT								

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

PARTIE 2

Professionnel

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro du compte administratif (groupe) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à une société de professionnels, ou à un compte administratif individuel dont il est membre.

PARTIE 3

Établissement

L'identification de l'établissement où les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service, s'il y a lieu.

PARTIE 4

Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre sept jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle.

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (suite) (parties 5 à 8) (VACATION)

NUMÉRO DE COI					Т	arif	hora					AIEMEN		vacat	tion				gie de ssura		4.1		* *	1
PROFESS	SIONNEL					N	OM							Nº DU PI	ROFESSIO	NNEL	Nº E	DU GROU	IPE	C.S.	A	OMBRE D NNEXÉS	E DOCUMENT	
ÉTABLIS	SEME	NT .								NUMÉR	10		CE S'	ETTE DEM APPLIQUE MAINE	ANDE	DÉBU ANNÉE		LE DIM	ANCHE JOUR	SET		ANT LE	SAMEDI	7
	ACTIVIT	rés_																						
QUAN- MO	ODE DE PLA ÉMUNÉ-	AGE HOI (coche AM PI	r)	RÉF.	D'A	CODE	É	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉ		F.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.	HEU TRAVA	RES ILLÉES	RÉF.	Б	CODE ACTIVIT	ΓÉ	SECTEU DISP.		EURES VAILLÉES	
1,6	V A	X		1	0,0,	$2_{\downarrow}0_{\downarrow}$	3,0	0,1	0,4 0	0 2	2					Ш	3					┾		-
1,6	V A	Σ	ζ	4	0,0,	2,0,	3_{1}^{2}	0 1	$0_{ }2_{ }0$	0 5	0	[0, 2, 0]	$3_{\downarrow}0$	0,1	0 2	0 0	6			ш	1	 		-
1,7 V	7 A	Σ	\top	7	0,0,	$2_{ }0_{ }$	3,0	0 1	0,6 0	0 8	3			-	- 1	Щ	9				N	<u> </u>		-
1 8 V	7 A	X	+	10	0,0,	$2_{+}0_{+}$	3,0	0,1	$0_{ }4 0$		1					1	12	17	M	K	17			-
1 8 V	7 A	Σ	2	13	0,0,	2 0	3 0	0 1	0 3 0		-		(1) }	11	15	1	- '	ш		<u> </u>		-
1 9 V	7 A	X		16	0, 0,	$2_{ } 0_{ }$	3,0	0,1	0 4 5		+		, 1	יכ		L	18					 	1.	-
2,0		X	+	19	0,0,	2,0,	3,0	0 1	$0_{ }4_{ }5$		+			-		L	21					+-		-
	23 24 24 24 27 28 28 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29																							
$\parallel \cdot \parallel \cdot \parallel$	25 27 27 27 29 30																							
				28 31						32	+				1		30					+	1 .	-
			+	34						3	+				-1	<u> </u>	36					+		-
			+	37				-		38	+			-			39					╁		1
			+	40				1		4	+				1	L I	42					\vdash		1
			+	43				1		4	4						45					+		1
	TOTAL																							
RENSEIG	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																							
ED410 F																								
CODE POSTAL I	FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR KM																							
(HEURES DE DÉPLACEMENT																							
NOMBRE																								
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES																								
JE CERTIFIE QUE DE PAIEMENT SO	LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES GIONATAIRES AUTORISÉS DE LA RÈGIE DATE ANNÉE MOIS JOUR LA PRESONNE INSCRITE AU REGISTRE DES GIONATAIRES AUTORISÉS DE LA RÈGIE DATE OUI SIGNE AU NOI DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS ANNÉE MOIS JOUR MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																							
1215 292 1												GNATURE ET CONS												

PARTIE 5

Quantième:

Cette partie permet au médecin d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus. Le quantième s'exprime en utilisant deux chiffres.

PARTIE 6

Activités :

Indication des heures effectuées. Cette partie qui comporte 15 lignes ou 45 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation, pour lesquelles il est rémunéré à honoraires forfaitaires ou à la vacation. Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Le mode de rémunération :

VA qui correspond à la vacation

PD qui correspond au per diem (là où ce mode s'applique)

TH qui correspond au tarif horaire.

L'identification du mode de rémunération est requis sur la 1^{re} ligne de service. Il est appliqué automatiquement sur les lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant. (voir 2.1.3)

- Plage horaire:

Le médecin indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en quatre périodes qui sont les suivantes

Nuit: de 00 h 00 à 08 h 00

(8 heures)

Avant-midi (A.M.): de 08 h 00 à 12 h 00

(4 heures)

Après-midi (P.M.): de 12 h 00 à 20 h 00

(8 heures)

Soir: de 20 h 00 à 24 h 00

(4 heures)

L'identification de la plage horaire est essentielle. Le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation. Voir exceptions à la page suivante.

Codes d'activité :

Le code d'activité est composé de six chiffres.

Le médecin indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire. Étant donné que la garde sur place bonifie les avantages sociaux, il est important pour le médecin d'identifier distinctement les heures de cette activité. Cependant, le médecin dont les services sont sujets à une majoration du tarif de base, à une exclusion du plafond trimestriel ou autres, doit indiquer les heures réelles consacrées à chaque type d'activité au cours de la même plage horaire.

Pour les codes d'activité et leur description, voir section 2.6 du présent onglet.

- Secteur de dispensation

(Secteur disp.): Le code du secteur de dispensation est composé de deux chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case sauf dans les situations où le médecin veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, se référer aux avis de facturation figurant aux annexes IX, XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le professionnel est assujetti. Pour la nomenclature complète des codes des secteurs de dispensation, veuillez vous référer à la section 2.2 du présent document.

Remarque: Si vous utilisez un secteur de dispensation (ex. : 34) et que vous cochez plus d'une plage horaire, assurez-vous que ce secteur de dispensation est autorisé à l'intérieur de toutes ces plages.

- Heures travaillées :

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03,75.

Exceptions:

1- Le médecin pourra indiquer la totalité de la garde sur place ou de la garde en disponibilité d'une journée en cochant les périodes de plage horaire concernées. Cette exception ne sera acceptée que si un même code d'activité est présenté en utilisant qu'un seul numéro de référence.

Exemple:

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
X	X	X	

Heures de garde sur place : 16 heures

2- La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus d'une heure si cela peut éviter au médecin la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

Exemple 1

Heure de début : 8 h 00 Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 4 h 50

Cette facturation sera acceptée si le médecin ne travaille pas en après-midi.

Exemple 2

Heure de début : 8 h 00 Heure de fin : 12 h 30 Heure de début : 13 h 00 Heure de fin : 16 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		
		X	

Heures travaillées : 4 h 00

Heures travaillées : 4 h 00

Vous noterez que la demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraı̂nera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.

3- Le médecin oeuvrant dans le cadre de l'*Entente particulière relative au RRSSS du Nunavik (17), au CCSSS de la Baie-James (18) et au Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)* peut facturer la totalité des services rendus en cochant toutes les périodes de plage horaire concernées **lorsque les services couvrent 24 heures et qu'il n'y a qu'un seul secteur de dispensation visé**.

Exemple 3

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR				
Х	X	X	Х				

PARTIE 7

Total des heures travaillées :

Inscrire la somme des heures pour l'ensemble des activités. Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 030,00 heures.

Dans le cadre de l'Entente particulière relative au RRSSS du Nunavik (17), au CCSSS de la Baie-James (18) et au Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09) inscrire la somme des heures et des forfaits détaillés dans les sections HEURES TRAVAILLÉES.

PARTIE 8

C.S. (considération spéciale)

LETTRE A: Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

Le cas échéant, lorsqu'un médecin doit rendre des services dans **une localité où le taux de rémunération est différent de celui de l'établissement identifié** sur la demande de paiement, il doit inscrire un « **A** » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, **le numéro de la localité**, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu, (de 1 à 45) ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.

LETTRE B: Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « **B** » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (suite) (parties 9 à 13)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	DEMANDE DE Paif horaire, honoraires for		Régie l'assu 1	de rance maladie Québec * *					
PROFESSIONNEL PRENOM	NOM	N° DU PROFES	SSIONNEL N° DU GROUPE	C.S. NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS 1					
ÉTABLISSEMENT		PÉRIODE _							
NOM	NUMÉRO	CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		HE SETERMINANT LE SAMEDI UR ANNÉE MOIS JOUR					
ACTIVITÉS MODE DE L'PLAGE HORAIRE									
OUAN- TIÈME MODE DE PLAGE HUNAINE (COCHOP) (COCHOP) RÉF. D'ACTIV	E SECTEUR HEURES RÉF. VITÉ DISP. TRAVAILLÉES RÉF.	CODE SECTEUR DISP. TR.	HEURES RÉF. COI AVAILLÉES RÉF. D'ACT	DE SECTEUR HEURES IVITÉ DISP. TRAVAILLÉES					
4	5		6						
7	8		9						
10	11		12						
13	14		15						
16	17	T	18						
19	20	MAIN	21						
22	23	MI	24						
25	S 26		27						
28	29		30						
31	32		33						
34	35		36						
37	38		39						
40	41		42						
43	44		45						
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			DI	OTAL ES HEURES RAVAILLÉES					
FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE	POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE HEUR	RE D'ARRIVÉE DISTANCE TOT	ALE MONTANT RÉCLAMÉ					
	Beauceville	ANNÉE MOIS JOUR A A A O 6 2 1 0	9 0 0 0 0 8	3 0 KM 0 6 8 8 0					
HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE 0 1 0 0									
	I LETTRES MOULÉES	PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETT	RES MOULÉES					
Pierre JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉS	Untel ENTE DEMANDE DATE	Jacques LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTR	E DES SIGNATAIRES AUTORISÉS D	Responsable					
DE PAIEMENT SONT EXACTS. Pierre Untel A A 0 6 2 6 Q A O 6 2 6 A A O 6 2 6 A A O B C C C C A A O B C C C A A O B C C A A O B C C A A O B C C A A O B C A A O B C A A O B C A A O B A A O A A O A A O A A A A O A A A A A A									
LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT 1215 292 18/01 EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.									

PARTIE 9

Renseignements complémentaires :

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 8, la lettre « A » ou « B » dans la case Č.S. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire Document complémentaire - Considération spéciale (1944) et consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

PARTIE 10

Nombre de documents annexés :

Cette case doit être utilisée uniquement pour indiquer le nombre de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Consulter la section « Expédition » du présent document pour

PARTIE 11

Frais de déplacement :

Cette partie permet au médecin d'indiquer un déplacement autorisé, effectué pour se rendre à l'établissement s'il a utilisé son véhicule personnel et ne facture que des frais de kilométrage en plus du temps de déplacement (dans ce cas ne pas fournir les reçus d'essence). Elle comporte les éléments suivants :

- code postal de départ (lieu de travail habituel);
- code postal d'arrivée (établissement visité);
- date d'arrivée (année, mois, jour);
- heure d'arrivée;
- distance totale en kilomètres;
- montant facturé;
- nombre d'heures de déplacement.

Note: Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

Le nombre de kilomètres facturé est la distance unidirectionnelle du déplacement. Cette distance doit être calculée en fonction des codes postaux du lieu de départ (ou de l'adresse) et de l'établissement visité situé au Québec. Toujours préciser votre point de départ dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Remarques : Pour facturer des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation de son véhicule personnel ou lorsqu'une description plus détaillée des déplacements effectués est requise, veuillez remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988). Dans cette situation, ne rien inscrire aux sections FRAIS DE DÉPLACEMENT et HEURES DE DÉPLACEMENT de la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Voir la section 2.5.
 - Si vous êtes visé par une lettre d'entente ou un accord prévoyant uniquement le paiement du temps de déplacement (code 002092), veuillez vous référer à cette lettre d'entente ou à cet accord pour les instructions de facturation.

PARTIE 12

Signature du professionnel ou du mandataire

Prénom en lettres moulées et nom en lettres moulées :

Le médecin omnipraticien ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le médecin dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire dans les cases appropriées.

PARTIE 13

Attestation de l'établissement

Prénom en lettres moulées et nom en lettres moulées :

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la Régie qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la Régie qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par un signataire autorisé par l'établissement dont le nom paraît à la partie supérieure dans les cases appropriées.

2.1.3 Le mode de rémunération

2.1.3.1 Préambule

Le médecin peut se référer aux exemples illustrés dans les pages suivantes, selon son mode de rémunération. Il doit tenir compte des codes d'activités spécifiques à son entente et des modalités de rédaction de la demande de paiement de la section 2.1.2.

- 2.1.3.2 Tarif horaire: Voir l'exemple A. N.B.: Vacation: Voir l'exemple à 2.1.2 (parties 5 à 8).
- Garde en disponibilité (santé publique) : Voir l'exemple B. 2.1.3.3
- Dépannage Grand-Nord (per diem) : Voir l'exemple C. 2.1.3.4

- 2.1.3.5 Dépannage en obstétrique : Voir l'exemple D.
 2.1.3.6 Dépannage en anesthésie : Voir l'exemple E.
 2.1.3.7 Dépannage régions 17 et 18 et Centre de santé de la Basse Côte-Nord (per diem et forfait) : Voir l'exemple F.
- **2.1.3.8** CLSC avec majoration : Voir l'exemple G.

2.1.3.2 Exemple de facturation A : Tarif horaire (TH)

Remarque: Pour vacation (voir 2.1.2 pages 4 à 10)

NUMÉRO DE	CONTRÔLI		NE			Tarif hora				PAIEMENT forfaitaires et	vacat	tion		Régie l'assui	rance i	4.1	e C • •
PRÉNOM	.5510141					NOM					Nº DU PI	ROFESSIONNEL	Nº I	DU GROUPE	C.S.	NOT	MBRE DE DOCUMENTS JEXÉS
ÉTABL	ISSEN	/ENT	_					NUM	иÉRC	CE	ÉRIOD TTE DEM	ANDE DÉBU		LE DIMANCH			NT LE SAMEDI DIS JOUR
					_						APPLIQUE MAINE	EÀLA ANNEE		1 1	In ANN	IEE IVI	Jos Jour
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE (cc	HORAI ocher)	RÉ	F.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	COE D'ACTI)E VITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
1,6	тн	Х		1	1	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,400	2				3				
1,6	тн		X	4		0,0,2,0,3,2	0, 1	$0_{ }2_{ }0_{ }0$	5	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,1 0,0	6				
1,7	тн	X		7	1	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,400	8				9			1	
1,7	тн		X	10) (0,0,2,0,3,0	0 1	0,3,0,0	11			1	12	MI	(F	17,	\
1,8	тн	Х		13	1	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,4,0,0			11	E/	15	77,		-	
1,8	тн		X	16	ľ	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,3,0,0	Т		رو		18				
1,9	ТН	X		19	ľ	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,4 0,0	20				21			+-	
1,9	тн		X	22	1	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,3,0,0					24			-	
2_10	ТН	X	1	25	ľ	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,4,0,0	Т				27			-	
$2 \downarrow 0$	ТН		X	3.	+	0,0,2,0,3,0	0, 1	0,3,0,0	32				30			 	
$\vdash \vdash \vdash$	\vdash			34	+				35				36				
$\vdash \vdash \vdash$				37	+				38				39				
$\vdash \vdash \vdash$				40	+				41				42				
$\vdash \vdash \vdash$	\vdash			43	+				44				45				
			Н	÷						L			Ш		TAL S HEURE		\square
RENSE	IGNEM	ENTS	CO	MPLÉ	M	ENTAIRES			_				_		AVAILLÉE		3,5,0,0
					_												
EDAIC	DE DÉ	DI ACI	-14-	NIT													
CODE POS	DE DÉF TAL DE DÉF	PART (LIE	EIVIE EU DE T	RAVAIL I	HAB	BITUEL) CODE POSTAL D'AF	RRIVÉE (É	TABLISSEMENT VISI	ITÉ)	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS	JOUR	HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTA	ALE KI	MONTAN	IT RÉCLAMÉ
NOMBI	DE DÉP	LACEN	MENT)													
SIGNAT PRÉNOM EN	TURE D	U PRO	OFES	SSION	INI	EL OU DU MANDA	TAIRE IOULÉES			ATTESTATIO PRÉNOM EN LETTRES	ON DE S MOULÉE	L'ÉTABLISSE s	ME	NT NOM EN LETTE	RES MOULÉ	ES	
JE CERTIFIE DE PAIEMEN	QUE LES F IT SONT EX	RENSEIGI ACTS.	NEMEN	ITS FOU	RNI	S SUR LA PRÉSENTE DEMAI	NDE D	ANNÉE MOIS	JOUI	LA PERSONNE INSCR QUI SIGNE AU NOM D MENTIONNÉS CI-DES	E L'ÉTABLI	SSEMENT ATTESTE	TAIRES QUE I	I S AUTORISÉS DI LES RENSEIGNE	E LA RÉGIE EMENTS	DATE ANNÉE	MOIS JOUR
1215 000	10/01									SIGNATURES. LI							

2.1.3.3 Exemple de facturation B : Garde en disponibilité (santé publique)

													die C * *					
PROFE	SSION	NEL	_			NC	OM						Nº DU P	ROFESSIONNEL	Nº E	OU GROUPE C.	S.	IOMBRE DE DOCUMENTS INNEXÉS
ÉTABL	ISSE	MEN	IT .							NUMÉR	RO	CE' S'A	ÉRIOD ITE DEM PPLIQUI MAINE	IANDE DÉBU	I_ M	OIS JOUR	ANNÉE	ANT LE SAMEDI MOIS JOUR I M 2 1
QUAN- TIÈME	ACT MODE DE RÉMUNÉ-	PLA	GE HO	er)	RÉF	CODE	<u></u>	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉ		ÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEL DISP.	IR HEURES TRAVAILLÉES
1,6	TH	NUIT	X P	M SC	1	1, 1, 5, 0,			0, 3, 5		2	5.6		HAVAILLEE	3			1
1,6	тн			X	4	1,1,5,0			0, 3, 5		5	1, 1, 5, 0, 2, 9		0,0 1,3	6			
1,6	тн			2	7 ×	1,1,5,0	2 9		0, 0 6	3	8				9			
1,7	тн		X		10	1,9,5,0	2 9		0, 0, 1	3 1	11	1,9,5,0,3,7		0 3 0 0	12			
1,7	тн			X	13	1,9,5,0	3 7		0, 3, 5	0 1	14	1,9,5,0,2,9		0 0 1 3	15			
1,8	тн	X		2	X 16	1,8,5,0,	2 9		0, 1, 5	0 1	17				18			
1,8	тн		X	+	19	[1, 8, 5, 0]	2 9		0, 0, 1	3 2	20	1,9,5,0,3,7		0,3,0,0	21			
1,8	TH			X	22	[1,8,5,0]	3 ,7		0, 3, 5		1	1, 9, 5, 0, 2, 9		0,0,1,3	24			
1,9	тн	X		X	25	[1, 4, 5, 0]	2 9		0, 1, 2	5	26				27			
1,9	ТН			7	ζ 28	$\frac{1}{1}, \frac{4}{1}, \frac{5}{1}, \frac{0}{1}$	2 9		0, 0, 1	3	29	1, 4, 5, 0, 3, 7		0,3,0,0	30			
$2 \downarrow 0$	ТН		X	+	31	[1, 5, 5, 0]	2 9		0, 0, 1	3	32	1,5,5,0,3,7		0,3,0,0	33			
$2 \downarrow 0$	ТН		- 2	X	34	[1, 5, 5, 0]	3 7		0, 3, 5		T	1, 5, 5, 0, 2, 9		0,0 1,3	36	17/	HIL	
$2 \cdot 1$	ТН	X	X	XΣ		1,6,5,0,	2 9		0, 3, 0	0	38		71	OF	39		++	+
1,5	ТН		X	+	40	[1, 7, 5, 0]	2 9		0, 3, 0		+1		D.		42		++-	+
				_	43	<u> </u>				4	14				45	TOTAL		
RENSE	IGNEN	IENT	s c	юм	PLÉ	MENTAIRES .										DES HEL TRAVAIL		0_3_9_9_2
CODE POS	DE DÉI TAL DE DÉI	PLAI PART (I	LIEU D	MEN DE TRA	TAVAIL H	ABITUEL) CODE POS	STAL D'AF	RRIVÉE (É1	TABLISSEMEN	T VISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS	JOUR	HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE	KM MONT	ANT RÉCLAMÉ
NOMBI	RE PÉP	PLACI	EMEI	NT_														
SIGNAT PRÉNOM EN	TURE D	U PI	ROF	ESS	SION	NEL OU DU M.	ANDA TTRES M	TAIRE OULÉES				ATTESTATIO PRÉNOM EN LETTRES	N DE	L'ÉTABLISSE	IBME	NT	ULÉES	
JE CERTIFIE DE PAIEMEN	QUE LES F IT SONT EX	RENSE (ACTS.	IGNEN	MENTS	S FOUF	INIS SUR LA PRÉSENT	E DEMAI	NDE D	ANNÉE MOI	s Jo	OUR	LA PERSONNE INSCR QUI SIGNE AU NOM D MENTIONNÉS CI-DES	E L'ÉTABL	ISSEMENT ATTESTE	TAIRES QUE L	AUTORISÉS DE LA RE ES RENSEIGNEMENTS	GIE DATE ANNÉ	E MOIS JOUR
1215 292	? 18/01											SIGNATURES. LI						

15

2.1.3.4 Exemple de facturation C : Dépannage - Grand-Nord (per diem)

NUMÉRO DE	CONTRÔL	E EXT	ERNE			Tarif hora				PAIEMENT orfaitaires et	vacat	ion			Régie l'assui	ance n	4.1	ie C • •
PROFE	SSION	NEL				NOM					N° DU PR	ROFESSI	ONNEL	Nº E	OU GROUPE	C.S.	NON	MBRE DE DOCUMENTS NEXÉS
ÉTABL	ISSE	/IEN	т _		_			NUI	MÉRO		PÉRIODE ETTE DEM <i>i</i>				LE DIMANCH			NT LE SAMEDI
											'APPLIQUE EMAINE	ÀLA	ANNÉE A _I A	1	M 1		. L .	M 2 1
QUAN-	ACT MODE DE	PLA	GE HOR		- 4-	CODE	SECTEUR	HEURES		CODE	SECTEUR	HE	URES	Ι.	COD	F	SECTEUR	HEURES
TIÈME	RÉMUNÉ- RATION		COCher AM PM		RÉF.	D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.	D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAV	AILLÉES	RÉF.	D'ACTI	VITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES
1,5	ТН		X	-	1	0,0,9,0,3,0	0 1	0,6 0,0	2				<u> </u>	3				
1,6	PD	Ц	X		4	0,0,9,0,3,0	0 1	0,4 0,0	5					6				
1,6	PD		X		7	0,0,9,0,3,0	0, 1	0,500	8					9				
1,7	PD		x x		10	0,0,9,0,3,0	0 1	0,900	11					12				
1,7	тн			X	13	0,0,9,0,8,1	0 1	0 4 0 0	14				L	15	1 1 1	مدا ا	_ <	
1 8	PD		X		16	0,0,9,0,3,0	0 1	0,3,0,0	17				Li	18		F		
1,8	PD		X		19	0,0,9,0,3,0	0, 1	0,6,0,0	20	1 1 1 1 1		1	T (21	IIA			
1.8	тн			X	22	0,0,9,0,8,1	0, 1	0,4 0,0	23	(51			24	1 1 1	1 1		
1,8	тн	X			25	0,0,9,0,8,1			26					27				
1,9	тн		X		28	0,0,9,0,3,0			29				1.	30				
1,9	тн		X		31	0, 0, 9, 0, 3, 0			32				1 .	33				
1 9	TH	П		X	34	0, 0, 9, 0, 3, 0			35					36				
2 0	тн		X		37	0, 0, 9, 0, 8, 1			38					39				
2 0	TH		X	-	40	0, 0, 9, 0, 8, 1 0, 0, 9, 0, 8, 1			11					42				
2 0	TH	Н	123	X	43				44					45				
ٽ						0,0,9,0,8,1	0,1	0,400				t		Н		TAL S HEURES		
RENSE	IGNEM	IENT	sco	OMF	PLÉI	MENTAIRES			_							AVAILLÉE	- 1	7,5,0,0
FRAIS CODE POS	DE DÉI TAL DE DÉI	PART (CEMI	TRAN	/AIL H/	ABITUEL) CODE POSTAL D'A	RRIVÉE (É	TABLISSEMENT VIS	ITÉ)	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS	JOUR	HEURE	D'ARRIVÉI	E	DISTANCE TOTA	LE I	MONTAN	VT RÉCLAMÉ
UEUDE	nr nén	I ACI	-BAITAL	_										Ш		KN	1	
NOMBI	1	LAG	EWIEN	'ገ														
SIGNAT PRÉNOM EN	TURE D	U PI	ROFE	:SSI	ONI	NEL OU DU MANDA	TAIRE MOULÉES			ATTESTAT PRÉNOM EN LETTR	ION DE L	L 'ÉTA	BLISSI	EME	NT	ES MOULÉE	:S	
JE CERTIFIE DE PAIEMEN	JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE LÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS ANNÉE MOIS JOUR MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																	
1215 292	2 18/01					AIRE DOIT COMP												

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

2.1.3.5 Exemple de facturation D : Dépannage en obstétrique

NUMERO DE CONTRÔLE EXTERNE DEMANDE DE Tarif horaire, honoraires f	
PROFESSIONNEL NOM	N° DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE G.S. NOMBRE DE DOCUMENTS AINEXÉS
ÉTABLISSEMENT NUMÉRO	PÉRIODE DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI
C.H. Lac Mégantic 0 1	$ \begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$
ACTIVITÉS OUAN- MOZE RE PLAGE HORAIRE (CODE) OUAN- RÉE, CODE SECTEUR HEURES RÉE.	CODE SECTEUR HEURES DEE CODE SECTEUR HEURES
TIÈME REMUNE- (COCHET) NET D'ACTIVITÉ DISP. TRAVAILLÉES NEL-	D'ACTIVITÉ DISP. TRAVAILLÉES D'ACTIVITÉ DISP. TRAVAILLÉES
1,6 TH X 1 0,0,9,0,0,6 , 0,4,0,0 2	3
1,6 TH X 4 0,0,9,0,6 , 0,5,0,0 5	6
1,7 TH X 7 0,0,9,0,0,6 , 0,4,0,0 8	9 9
1,7 TH X 10 0,0,9,0,0,6 , 0,5,0,0 11	12
13 14	15
17	18
19 20	
22 23	24
25 26	27
28 29	30
31 32	33
34 35	36
37 38	39
40 41	42
43	45
43	TOTAL
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	DES HEURES TRAVAILLÉES $0_1 1_1 8_1 0_1 0_1$
FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE MONTANT RÉCLAMÉ ANNÉE MOIS JOUR
Granby Lac Mégantic HEURES DE DÉPLACEMENT	$ \begin{array}{c c c c c c c c c c c c c c c c c c c $
NOMBRE 0.416.8	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DATE ANNÉE MOIS JOUF	LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE DATE QUI SIGNE AU NOM DE LÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS ANNÉE MOIS JOUR MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
	SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT T ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

2.1.3.6 Exemple de facturation E : Dépannage en anesthésie

	CONTRÔLE	ı	NE			Tarif hora	DEI	MANDE honorair	DE es f	PAIEMENT orfaitaires e	t vaca	tion			Ré l'a	gie de ssuran Q	ce m	aladi Ebe	e • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
PRÉNOM						NOM					Nº DU P	ROFESSI	ONNEL	Nº I	OU GROU	IPE	c.s.	NON	MBRE DE DOCUMENTS MEXÉS
ÉTABL	ISSEM	ENT						N	UMÉRO		PÉRIOD				LE DIM				NT LE SAMEDI
C.I	H. Lac	Mé	gar	ntic					0 1		S'APPLIQU SEMAINE		ANNÉE A _I A	1	6	$1_{\perp}5$	ANNÉ A I	1	$\begin{bmatrix} 6 & 2 & 1 \end{bmatrix}$
	ACTIV	/ITÉS	S_ HORA	IRE	7		05075110				05075115							beareup	
QUAN- TIÈME	RÉMUNÉ-	UIT AM	cher)	RI	ÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉE	s RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUF DISP.		URES AILLÉES	RÉF.	D	CODE ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
1,6	тн	X			1	0,0,9,0,1,8		0,4 0,0) 2					3					
1,6	тн		X	4	1	0,0,9,0,1,8		0,5 0,0	5					6					
1,7	тн	X		7	7	0,0,9,0,1,8		0,4 0,0	8					9					
1,7	тн		X	1	0	0,0,9,0,1,8		0,5 0,0) 11				1 .	12	1			_	
				1	3				14				1 .	15					
М				1	6				17		Ι.	T .	1 .	18					
Н				1	9				20	-717	TI	1	1	21					
				2	2			1	23	IM				24					
				2	5		4	44	26					27					
$\vdash \vdash \vdash$				2	+		V		29		++		<u> </u>	30					
\vdash				3	-				32		+-			33					
$\vdash \vdash \vdash$	\vdash			+	+				+		+-	-	<u> </u>						
Ш		_		3	+				35		+-	-		36					
Ш				3	7				38					39					
				4	0				41				<u> </u>	42					
				4	3			<u> </u>	44					45					
					<u></u>											TOTAL DES HI TRAVA			1,8,0,0
RENSE	IGNEME	NTS	CO	MPL	ΕN	IENTAIRES												0	1 0 0 0
FRAIS	DE DÉP	ACE	-MF	NT	_														
CODE POS	TAL DE DÉPA	RT (LIE	U DE T	RAVAIL	HA	CODE POSTAL D'AI Lac Még			ISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOI:			D'ARRIVÉ			E TOTALE	- KM		IT RÉCLAMÉ
	DE DÉPL	ACEN	IENT	`		Lac Meg	ganu	OUTURNIER HER			6 1 6	5 U ₁	8 0	U	0 .	1 8 '	1	0 9	3 5 0
NOMBI	RE 0	4 (6, 8	3															
PRÉNOM EN	LETTRES MO	PRODULÉES	FES	SSIO	NN	IEL OU DU MANDA	TAIRE MOULÉES			ATTESTAT PRÉNOM EN LETT	FION DE	L'ÉTA ES	BLISSI	EME	NT NOM EN	LETTRES N	MOULÉE	S	
JE CERTIFIE DE PAIEMEN	JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE DATE ANNÉE MOIS JOUR MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE ANNÉE MOIS JOUR MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																		
1215 292						IRE DOIT COMP													

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

2.1.3.7 Exemple de facturation F : Dépannage Régions 17 et 18 (Nunavik / Baie James)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation Québec									
PROFESSIONNEL	NOM	N° DU P	PROFESSIONNEL N° DU GROUPE C.S. NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS							
ÉTABLISSEMENT L		NUMÉRO PÉRIOD CARDO LOU	MANDE DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI							
Centre de sant	zé Tulattavik	0 1 6 0 3	A A O 2 O 2 A A O 2 O 8							
QUAN-TIÈME MODE DE RÉMUNÉ- (cocher RATION NUIT AM PM) REF. DIACTIVITÉ DICE		R HEURES RÉF. CODE SECTEUR HEURES TRAVAILLÉES DISP. TRAVAILLÉES							
0, 3 PD X X	1 0,0,9,0,3,0 3,6	6 0 9 0 0	3							
0,3 PD X	X 4 0,0,9,0,9,5 0,7	5	6							
0, 4 PD X X X	X X 7 0,0,9,0,9,5	0,9,0,0 8	9							
0,5 PD X X	10 0,0,9,0,3,0 0,7	7 0,9 0,0 11	12							
0 5 PD X	X 13 0 0 9 0 9 5 0 7	7 0,3 0,0 14	15							
0, 6 PD X	16 0,0,9,0,3,0 0,7	7 0,4 0,0 17	18							
0,6 PD X X X	X X 19 0 0 9 0 9 5	0,9,0,0 20	21							
	22	DK 23	24							
	25	26	27							
	28	29	30							
	31	32	33							
	34	35	36							
	37	38	39							
	40	41	42							
	43	44	45							
_RENSEIGNEMENTS CO	DMPI ÉMENTAIRES		TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,5,1,0,0							
REHOLIGITEMENTO CO	WELLWEITHILL									
FRAIS DE DÉPLACEME	ENT		HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE MONTANT RÉCLAMÉ							
		ANNÉE MOIS JOUR								
NOMBRE NOMBRE)									
SIGNATURE DU PROFE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	SSIONNEL OU DU MANDATAIRE	ATTESTATION DE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉE	EL'ÉTABLISSEMENT							
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEME DE PAIEMENT SONT EXACTS.	ENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE		EGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE DATE LISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS ANNÉE MOIS JOUR IT EXACTS.							
		TER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉT ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'O								

19

2.1.3.8 Exemple de facturation G : CLSC avec majoration

NUMÉRO DE CON		RNE			Tari	f hora					PAII orfai			vaca	tion				gie o		_{naladi} ébe	ie C • •
PRÉNOM	IONIVEE :					NOM								Nº DU P	ROFESSI	ONNEL	Nº I	OU GROI	JPE	C.S.	NO ANI	MBRE DE DOCUMENTS NEXÉS
ÉTABLIS	SEMENT								NU	MÉRC) (c	PÉRIOD ETTE DEM	IANDE	DÉBU ANNÉE		LE DIM	IANCHE JOUR			NT LE SAMEDI
CLS	C Rimo	ousk	i-Ne	eigett	e					9 6	3 4	4 5		'APPLIQUI EMAINE	E A LA	A ₁ A	. 1 .	1	1 1			1
TIÈME RÉI	ACTIVITÉ	S HORAII ocher) M PM S	KEF.		CODE	TÉ	SECTEUR DISP.		URES AILLÉES	RÉF.		CODE		SECTEUR DISP.		URES AILLÉES	RÉF.		CODE	ITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	'H	X	1	0,0	2.0	3,0		0,4	10.0	2	0, 0	2.0), 3, (2,3	0,2	10,0	3				1.	
1 4 T	H		X 4			3,0	2 4	0,2	0 0	5			1 1				6					
1 6 T	H	X	7	0,0	$2_{ }0$	3,0		$0_{\downarrow}4$	0_0	8	0, 0	2 0) __ 3 __ ($2 \downarrow 5$	0,2	0,0	9					
1 6 T	H		X 10	0,0	2 0	3,0	2 6	$0_{\downarrow}2$	0 0	11							12					
			13						Ш	14							15					
			16						Ш	17				1	1		18				-	
			19						4	20	1	N	11	77			21				-	
			22				21	P ¹	F	23	ا ا				-		24				+-	
			28				Q.		L	29					-		30		ш		+-	
			31							32					-		33				+-	
			34							35							36				+-	
			37							38							39					
			40							41							42					
			43						 	44						1.	45					
					Ė					Ì										AL HEURE		1.000
RENSEIGN	NEMENTS	S CO	/IPLÉ	MENTA	IRES														IRA	VAILLEE	.s 0	1,6,0,0
FRAIS DE	DÉPLAC DE DÉPART (115	EMEN	NT	ABITUEL	CODE	OSTAL DIAL	RRIVÉF (É	TABI ISSE	MENT VIS	SITÉ	Inat	E D'ARF	IVÉE		HELIPE	D'ARRIVÉ	F I	DISTAN	CE TOTAL	F	MONTA	IT RÉCLAMÉ
CODETOSIAE	DE DEFAIT (EII	LO DE 11	IAVAILTI	ADITOLL	CODET	OG IAL D'AI	mivee (e	IADEIOGE	WEIGH VIC	311L)	A	NNÉE	MOIS	JOUR	ITEORE		_	J.	L	KI		THEOLANIE
NOMBRE	DÉPLACE!	MENT.)																			
SIGNATUR PRÉNOM EN LET	RE DU PRO	OFES	SION			MANDA LETTRES N						ATTE RÉNOM	ESTATI EN LETTR	ON DE	L'ÉTA ≅	BLISS	EME	NT _	N LETTRE	S MOULÉ	ES	
JE CERTIFIE QUE DE PAIEMENT SO		BNEMEN	TS FOUR	NIS SUR L	A PRÉSE	NTE DEMA		ANNÉE	MOIS	JOU	3 0	LUSIGNE	MOMILA	CRITE AU RE DE L'ÉTABL SSUS SONT	ISSEMEN	T ATTEST	ATAIRES E QUE L	S AUTOR LES REN	ISÉS DE I SEIGNEM	LA RÉGIE IENTS	DATE ANNÉE	MOIS JOUR
1215 292 18	LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT 292 18/01 EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																					

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

2.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION

Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement

- 01 Clinique externe
- 02 Moyen séjour
- **03** Courte durée (section générale)
- 04 Longue durée Soins prolongés
- 05 Soins intensifs
- 06 Unité de soins coronariens
- **07** Service d'urgence
- **08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09 Hôpital de jour
- 10 Hôpital à domicile
- 11 Laboratoire
- 13 Service en gériatrie (dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 23 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 24 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 25 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- **26** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 27 CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 28 Clinique réseau Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 29 Auprès d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30 Auprès d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31 Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 32 Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 33 Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 34 Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 35 Service d'urgence d'un établissement (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- **36** Services cliniques dans un territoire désigné (EP RRSSS NUNAVIK SSS BAIE-JAMES CS BASSE CÔTE-NORD) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h) (*)
- **37** Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (du lundi au vendredi de 8 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- **38** Prise en charge d'un service d'urgence *(Lettre d'entente n^o 132)* (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)

^(*) Pour le médecin rémunéré au per diem et forfait dans le cadre de l'entente particulière visant les régions 17 et 18 et Centre de santé de la Basse Côte-Nord, se référer aux instructions de facturation de cette entente pour les particularités d'utilisation du secteur de dispensation 36.

Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement (suite)

- 39 Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 40 Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à
- 41 Prise en charge d'un service d'urgence (Lettre d'entente nº 132) (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42 Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 0 h à 8 h)
- 43 EP Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée de 20 h à 24 h)
- 44 EP Santé publique (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- **45** EP Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)

Remarques : L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Veuillez vous y référer pour faire le lien avec le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre *Brochure n*^o 1, sous l'onglet *Entente*, annexe IX).

L'annexe XX de l'Entente prévoit une majoration durant les horaires défavorables pour certains codes d'activité et établissement. Veuillez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre *Brochure n*^o 1, sous l'onglet *Entente*, annexe XX).

Il existe aussi des instructions de facturation spécifiques à certains accords, lettres d'entente ou ententes particulières concernant les majorations qui diffèrent de l'annexe XX (voir le document concerné dans votre Brochure nº 1).

2.3 EXPÉDITION

L'utilisation du bouton « **Transmettre** » du service en ligne <u>Facturation – Formulaires</u> permet au responsable d'autorisation de votre établissement de transmettre votre facturation à la Régie.

Lorsque vous utilisez la transmission par télécommunication (TIP-I), l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la Régie. Vous, ou votre agence, devez en remettre une copie à l'établissement et conserver pendant cinq ans l'original portant les deux signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements de la Régie.

Selon le service ou le congé facturé, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la Régie avec la demande de paiement. En fonction du logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un « document de facturation » ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et fournir les pièces justificatives afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne <u>Facturation Formulaires</u> ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes votre numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- envoyer à la Régie la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

Vous pouvez faire parvenir ces documents à la Régie de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.

Par la poste

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être placés dans une même enveloppe de 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) et transmis à l'adresse suivante :

Service du règlement Régie de l'assurance maladie du Québec Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur

418 643-7585

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (formulaire 1944)

Voir Manuel des omnipraticiens, onglet Rédaction de la demande de paiement, section 4.2.4.1

2.5 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (formulaire 1988)

Régie de l'assurance maladie	* *		DE REMBOURSEMEN				λın	ICACE DE I	ι Α Β΄ ΟΙΓ	
Québec	* *	DES FRAIS	DE DÉPLACEMENT				A Li	JSAGE DE I	LA REGIE -	
1988-0 ^{IMF}	F	Pour les modes	oit accompagner votre der de rémunération à l'acte et r 0 ou le 1606 pour le mode s	nixte, join			le		VOTRE PROFE	
Professionnel PRÉNOM			NOM			Nº DU	PROFESSION	JED	Médecin	omnipraticien
						" 50			Médecin	spécialiste
Dínlessons								\neg \mid	MODE DE RÉM	MUNÉRATION
CODE POSTAL DU LIEU DE D	DÉPART			DATE			HEURE	$\neg \bot$	Acte	
				ANNÉE	MOIS	JOUR			=	es forfaitaires
CODE POSTAL D'ARRIVÉE (É	TABLISSEMENT \	/ISITÉ)		DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE		=	ration mixte
								_	SLE Tarif hora	airo
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT \	/ISITÉ				NUMÉ	RO DE L	ÉTABLISSEMEI	[™])	Vacation	
	_									
Frais de déplacement Numéro de la demande			TEMPS DE NBRE D'HEURES	S FACTURÉES	S TAU	X HORAII	RE MONT	ANT (CAL	CULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
sur laquelle les honorair sionnels sont facturés.	es profes-		DÉPLACEMENT	-	x	1	=		- 1	
DATE			MOYENS DE TRANSPORT	<u> </u>		_				•
ANNÉE MOIS JOUR	MOYENS DE	TRANSPORT UTILIS	ÉS	DÉTAILS				МС	TNATAC	
									1	
						_			1	
			SPÉCII	TT	イに	7			i	
			TOPICI	$\Lambda T T$	コア				1	
) P 10 0 2 -						1	
									i	
									1	
				KILOI	MÉTRAGE	1 1	TAUX		1	
	Véhicu	ule personnel				x			1	
JOINDRE	OBLIGATOIREI	MENT L'ORIGINAL	DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.		1 .	FRAIS	TOTAL		:	
Danasianamenta a	a ma m lá ma a m ta	iron			DES	FRAIS	· /		i	
Renseignements co	ompiementa	lires								
Signature du profe	ssionnel									
Je certifie que les renseign demande sont exacts et qu			SIGNATURE DU PROFESSIONNE	L				DATE		
pour les heures qui ont se										
			À L'USAGE DE LA	RÉGIE						
1988 292 15/08	TRANSME		GIE UNE COPIE DU FOR					GNATI	URE	

MAJ 52 / juillet 2018 / 99 23

2.5.1 Description du formulaire (1988)

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

- 1. PROFESSIONNEL: prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie.
- CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION : indiquer votre catégorie de professionnel et spécifier votre mode de rémunération.
- DÉPLACEMENT : inscrire le code postal du lieu de départ, la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée à destination, le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro. Ces renseignements sont obligatoires.
- FRAIS DE DÉPLACEMENT : le numéro de la demande de paiement où les services se rapportant à ce déplacement ont été facturés.
- TEMPS DE DÉPLACEMENT : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique, selon l'Entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant calculé à 100 %. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement

- 6. MOYEN DE TRANSPORT : inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux du lieu de départ situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité.
- 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS: la somme des frais de déplacement (ne pas additionner le temps de déplacement).
- RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES: autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- SIGNATURE DU PROFESSIONNEL : le formulaire doit être signé à la main par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; la date est également très importante.

- Remarques: Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.
 - Lorsque le médecin utilise son véhicule personnel, il **peut** demander le remboursement de ses frais de déplacement sur la demande de paiement 1215. Cependant, le médecin doit **obligatoire**ment utiliser le formulaire 1988 dans les situations suivantes :
 - pour demander le remboursement des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation de son véhicule personnel;
 - b) lorsqu'une description plus détaillée des déplacements est requise.
 - Présence et identification des pièces justificatives : Toutes les pièces justificatives telles que facture de location d'automobile et reçus d'essence afférents, reçus de taxi, etc. doivent être identifiées au nom du professionnel qui soumet la demande de remboursement. Veuillez fournir les originaux lorsque requis.
 - Le nombre de kilomètres facturé est la distance unidirectionnelle. Cette distance doit être calculée en fonction des codes postaux du lieu de départ (ou de l'adresse) et de l'établissement visité. Toujours préciser votre point de départ dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus : (1)

[#] Obligation de transmettre l'original de chacune des pièces justificatives permettant de justifier la facturation avec une copie du formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) dûment rempli.

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

Conserver l'original de chacune des pièces justificatives pendant cinq ans pour permettre de justifier la facturation aux fins de vérification éventuelle de la Régie, avec le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) sur lequel sont facturés les frais de déplacement. Transmettre ce formulaire sans copies des pièces justificatives.

¹ Exception sous certaines conditions pour le **billet électronique** des compagnies d'aviation.

Remarques: (suite)

- Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour le document :
- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
 orientation de type « portrait »;
 format de 100 % taille réelle;

- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible:
- bonne qualité d'impression.
- Ces documents doivent être transmis à l'adresse suivante :

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

- Si au cours de son déplacement le médecin doit facturer certains de ses services selon le mode de la rémunération à l'acte, il pourrait facturer ses frais de déplacement sur la demande de paiement 1200 (voir Manuel des omnipraticiens, onglet Rédaction de la demande de paiement, section 4.6.5).

2.6 CODESD'ACTIVITÉ

Le code d'activité se trouve en vérifiant d'abord si un code a été prévu à la **PARTIE COMPLÉMENTAIRE** *nécessitant une codification spécifique*. Lorsque le code n'est pas disponible dans cette partie, le médecin utilise le code prévu à la **PARTIE GÉNÉRALE**.

2.6.1 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

PARTIE GÉNÉRALE

Services professionnels en centre (établissement)

002015 Examens relatifs à l'hépatite C 002030 Services cliniques 002032 Rencontres multidisciplinaires 002037 Planification - Programmation - Évaluation **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières 002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice) 002063 Garde sur place 002071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures 002079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint

(annexe IX, article 5) **002098** Services de santé durant le délai de carence

Santé et sécurité au travail (CNESST - Prévention)

007031	Étude de dossiers
007032	Rencontres multidisciplinaires
007037	Planification - programmation - évaluation
	Coordination
007047	Exécution
007093	Programme pour une maternité sans danger

Mécanisme de dépannage

	Forfait obstétrique Forfait anesthésie (1) Services cliniques (2)
009063 009081 009094 009095 009100	Garde sur place (EP - Grand-Nord, Hôpital Chibougamau et <i>Lettre d'entente nº 105</i>) Garde en disponibilité (EP - Grand-Nord, Hôpital Chibougamau et <i>Lettre d'entente nº 58</i>) Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord) Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) (EP - Régions 17 et 18 et C.S. Basse Côte-Nord) Garde en disponibilité (Comité paritaire) <i>(Accord nº 455)</i> Forfait rajusté obstétrique / urgence

Annexe XXII

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (paragraphe 2.01 a) 3))

Programme en gériatrie

073030	Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
073032	Rencontres multidisciplinaires
073037	Planification - programmation - évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)
073055	Communications (rencontre avec les proches)
073056	Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)
073067	Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
073098	Services de santé durant le délai de carence

^{(1):} Forfait quotidien prévu à l'annexe XVIII de l'Entente.

^{(2) :} Y compris les services cliniques de l'EP en anesthésie lorsque l'établissement y est adhérant et que le médecin opte pour le mode de rémunération y prévalant.

PARTIE GÉNÉRALE (suite)

Services gériatriques (paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 c) 1) – unité de soins de courte durée gériatrique, 2.02 a) 1), 2.02 c) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) - unité de soins de longue durée)

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

Garde sur place 101063

101070

Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. 101071 Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

101080 Participation du médecin de famille 101097 Plan d'intervention pour le patient

Services de santé durant le délai de carence 101098

266015 Examens relatifs à l'hépatite C

Services cliniques 266030

266032 Rencontres multidisciplinaires

266043 Tâches médico-administratives et hospitalières

266055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

266063 Garde sur place

266070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

266071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

266080 Participation du médecin de famille (TH seulement)

266097 Plan d'intervention pour le patient

266098 Services de santé durant le délai de carence

266270 Garde sur place obligatoire (TH seulement)

Soins physiques en psychiatrie (paragraphes 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins de courte durée, 2.02 b) 1) - unité de soins de longue durée)

027015 Examens relatifs à l'hépatite C

027030 Services cliniques

027032 Rencontres multidisciplinaires

Planification - Programmation - Évaluation 027037 **027043** Tâches médico-administratives et hospitalières

027055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

Garde sur place 027063

Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. 027071 Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation

027098 Services de santé durant le délai de carence

027270 Garde sur place obligatoire

Soins palliatifs (paragraphe 2.01 a) 6))

053030 Services cliniques

053032 Rencontres multidisciplinaires

053043 Tâches médico-administratives et hospitalières

053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

053063 Garde sur place

053067 Expertise professionnelle

Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis 053070

053071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

053098 Services de santé durant le délai de carence

PARTIE GÉNÉRALE (suite)

Programme de toxicomanie (paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))

031015 Examens relatifs à l'hépatite C

031030 Services cliniques

031032 Rencontres multidisciplinaires

031043 Tâches médico-administratives et hospitalières

031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

031063 Garde sur place

031071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

Programme en adaptation-réadaptation – Déficience physique (paragraphes 2.03 b) 1), 2.03 c) 1))

102030 Services cliniques

102032 Rencontres multidisciplinaires

102043 Tâches médico-administratives et hospitalières

102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

102063 Garde sur place

102071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

102080 Participation du médecin de famille

102098 Services de santé durant le délai de carence

102270 Garde sur place obligatoire

Réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et protection de la jeunesse (paragraphes 2.03 b) 1), 2.03 b) 2), 2.03 b) 4))

100015 Examens relatifs à l'hépatite C

100030 Services cliniques

100032 Rencontres multidisciplinaires

100043 Tâches médico-administratives et hospitalières

100055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

100098 Services de santé durant le délai de carence

Soins psychiatriques (paragraphes 2.04 a) 1), b) 1), b) 2))

265015 Examens relatifs à l'hépatite C

265030 Services cliniques

265032 Rencontres multidisciplinaires

265037 Planification - Programmation - Évaluation

265043 Tâches médico-administratives et hospitalières

265055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

265063 Garde sur place

265071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

265098 Services de santé durant le délai de carence

265270 Garde sur place obligatoire

PARTIE GÉNÉRALE (suite)

Annexe XXIII

Garde sur place (paragraphes 2.16)

XXX063 Garde sur place

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

XXX270 Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)

CLSC, médecine de famille, IVG, programme jeunesse (Annexe I section B1 de l'annexe XXIII)

072101 Activités de fonctionnement en GMF

UMF en CLSC ou en CH (Annexe I section B2 de l'annexe XXIII)

Sous Code d'activité 051133 pour une demi-journée de formation continue; 051134 pour une journée complète de formation continue.

072101 Activités de fonctionnement en GMF
076110 Services cliniques sans rendez-vous
076111 Services cliniques avec rendez-vous

Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs (Annexe I section B3 de l'annexe XXIII)

072101 Activités de fonctionnement en GMF

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE

LETTRES D'ENTENTE

Lettre d'entente nº 87 – Garde aux points de service de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes

002081 Garde en disponibilité

016045 Activités d'évacuation aéromédicale

Lettre d'entente nº 132 – Prise en charge du service de l'urgence d'un établissement désigné par un groupe de médecins

075015 Examens relatifs à l'hépatite C

075030 Services cliniques

075063 Garde sur place

075071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

075081 Garde en disponibilité (EP - Grand-Nord, CSSS des Îles, Centre de santé de Chibougamau)

075098 Services de santé durant le délai de carence

Lettre d'entente nº 188 - Système d'évacuation aéromédicale

016045 Activités d'évacuation aéromédicale

016135 Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes

Lettre d'entente nº 269 – Certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière

XXX158 Services cliniques (grippe)

LETTRES D'ENTENTE (suite)

Lettre d'entente n^o 275 – Modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte pour le programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et pour le programme de santé mentale d'un CLSC

(abrogée par l'Amendement no 162 le 30 septembre 2017)

Programme de soutien à domicile

```
    259276 Services cliniques – selon LE 275
    259277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275
```

Programme pour les soins palliatifs à domicile

```
    260276 Services cliniques – selon LE 275
    260277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275
```

Programme de santé mentale adulte

```
    261276 Services cliniques – selon LE 275
    261277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275
```

Programme de santé mentale jeunesse

```
    262276 Services cliniques – selon LE 275
    262277 Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275
```

Lettre d'entente n^o 281 – Services dispensés auprès des Anciens Combattants hébergés en soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

	Examens relatifs à l'hépatite C
266030	Services cliniques
	Rencontres multidisciplinaires
266043	Tâches médico-administratives et hospitalières
266055	Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
266063	Garde sur place
266070	Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
266071	Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.
	Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation
	d'heures
266080	Participation du médecin de famille (TH seulement)
266097	Plan d'intervention pour le patient
266098	Services de santé durant le délai de carence
266270	Garde sur place obligatoire (TH seulement)

Lettre d'entente n^o 294 – Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès de la clientèle d'un établissement de détention ayant fait l'objet d'un transfert de responsabilité des services de santé par le ministère de la Sécurité publique au ministère de la Santé et des Services sociaux

Activités dispensées en établissement de détention

```
    267285 Garde en disponibilité en établissement de détention
    267286 Services administratifs en établissement de détention
```

Lettre d'entente nº 299 – Concernant la rémunération des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté

268030 Services cliniques

ACCORDS

Accord no 5 concernant les docteurs Georges Touma et Zahi Halem - Chalouhi

002030 Services cliniques002063 Garde sur place

Accord nº 10 - Activités multidisciplinaires, département de psychiatrie, Hôp. Ste-Croix de Drummondville

015032 Rencontres multidisciplinaires

Accords nos 69 et 206 – Services médicaux en centre de détention

018030 Services cliniques

Accords nos 79, 81 et 82

002094 Garde en disponibilité (Grand-Nord)

Accord no 179

Forfaitaire lors de la fermeture d'un service d'urgence

061030 Services cliniques

Modalités applicables au service des patients admis

060030 Services cliniques **060063** Garde sur place

060071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

Accord no 257

054081 Garde en disponibilité

Accord no 417

061030 Services cliniques

Accord no 455

002100 Garde en disponibilité - CLSC (comité paritaire) **056100** Garde en disponibilité - CHSLD (comité paritaire)

Accord no 685

086145 Activités professionnelles effectuées au bénéfice du Centre de santé Tulattavik - Accord 685

Accord no 700

002040 Médecin de service

ACCORDS (suite)

Accord no 722

Dans un CLSC = 002XXX

Dans le programme Toxicomanie = 263XXX

Dans le programme Itinérance = 264XXX

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX030 Services cliniques

XXX031 Étude de dossiers

XXX032 Rencontres multidisciplinaires **XXX037** Planification - programmation - évaluation

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

XXX063 Garde sur place

XXX071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

XXX079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

Programme Centre de détention

088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre anti-poison

089030 Services cliniques

089067 Expertise conseil, information et coordination

Accord no 724

Natures de service

002XXX Serv. méd. en centre (établissement)

263XXX Programme de toxicomanie

264XXX Programme d'itinérance

Emplois de temps

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX030 Services cliniques

XXX031 Étude de dossiers

XXX032 Rencontres multidisciplinaires

XXX037 Planification – Programmation – Évaluation

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

XXX063 Garde sur place

XXX071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)

XXX079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Code d'activité

088030 Services cliniques disp. Détention EP CLSC

ACCORDS (suite)

Accord no 725

051015Examens relatifs à l'hépatite C051027Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques051028Gestion administrative spécifique de l'UMF051030Services cliniques051031Étude de dossiers051032Rencontres multidisciplinaires051043Tâches médico-administratives et hospitalières051068Encadrement clinique et pédagogique051069Activité de supervision051133Demi-journée de formation continue051134Journée complète de formation continue

Accord no 727

Code d'activité

277297 Télésanté Accord nº 727 – Centre Masko-Siwin

ENTENTES PARTICULIÈRES

EP 1 - Médecins qui exercent dans le Grand-Nord

(dépannage : 009XXX, voir partie générale)

002015 Examens relatifs à l'hépatite C002030 Services cliniques002032 Rencontres multidisciplinaires

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

002081 Garde en disponibilité

002084 Services cliniques (situation exceptionnelle)002085 Garde sur place (situation exceptionnelle)

002094 Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)

002098 Services de santé durant le délai de carence

002147 Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 6 – Garde dans un service d'urgence de certains CLSC du réseau de garde intégré

002063 Garde sur place

002071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

EP 10 - Services en anesthésie dans certains CHSGS

(centre hosp. soins généraux / spécialisés)

008030 Services cliniques

008098 Services de santé durant le délai de carence **008105** Heures non faites sur place (régime B)

008106 Pour la suite d'un acte anesthésique débuté pendant une période rémunérée à la vacation (régime B)

008139 Services - Malade admis (régime B)

EP 17 - Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC

Dans un CLSC = 002XXX

Dans le programme Toxicomanie = 263XXX

Dans le programme Itinérance = 264XXX

Programme Santé mentale en CLSC = 276XXX

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX030 Services cliniques

XXX031 Étude de dossiers

XXX032 Rencontres multidisciplinaires

XXX037 Planification - programmation - évaluation

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

XXX063 Garde sur place

XXX071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

XXX079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

Programme Centre de détention

088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre anti-poison

089030 Services cliniques

089067 Expertise conseil, information et coordination

Annexe I – Modalités de rémunération spécifiques applicables dans le cadre de santé mentale en CLSC

072101 Activités de fonctionnement en GMF

EP 19 - Évaluation multidisciplinaire

050032 Rencontres multidisciplinaires

050043 Tâches médico-administratives et hospitalières

EP 21 - Planning - sexualité

052030 Services cliniques

052032 Rencontres multidisciplinaires

052043 Tâches médico-administratives et hospitalières

052055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

052098 Services de santé durant le délai de carence

EP 23 - Médecins qui exercent au Centre de santé Chibougamau

(dépannage : 009XXX, voir partie générale)

002015 Examens relatifs à l'hépatite C002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

002071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

002079 Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)

002081 Garde en disponibilité

002098 Services de santé durant le délai de carence

002147 Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 24 - Santé publique

```
XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C
XXX025 Dépistage cancer du sein
XXX029 Garde en disponibilité
XXX030 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
XXX037 Planification, élaboration et implantation des programmes
XXX047 Tâches médico-administratives et hospitalières
XXX047 Expertise conseil, information et coordination
XXX088 Programme de vaccination contre le méningocoque
XXX098 Services de santé durant le délai de carence
XXX148 Services cliniques : Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie
```

Remarque: Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, XXX peut correspondre à :

- 115 : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- 145 : les traumatismes non intentionnels;
- 155 : les maladies infectieuses;
- 165 : la santé environnementale;
- 175 : la santé en milieu de travail;
- 185 : autres secteurs d'activités;
- 195 : les habitudes de vie et les maladies chroniques.

EP 27 – Médecins, chef de département clinique / médecine générale (CHSGS)

013043 Tâches médico-administratives et hospitalières

EP 31 - CH Pierre-Janet

071013 Formation

EP 32 - RRSSS - Nunavik (17) et Conseil cri SSS - Baie James (18) et Centre de santé de la Basse Côte-Nord

074030 Services cliniques

074095 Forfait de garde (sur place ou en disponibilité)

Dépannage

009030 Services cliniques

009095 Forfait de garde (sur place ou en disponibilité)

EP 33 – Groupe de médecine familiale (GMF)

072101 Activités de fonctionnement en GMF

072103 Activités cliniques en GMF

EP 39 – Clinique réseau

076110 Services cliniques sans rendez-vous exempts du plafond trimestriel (paragraphe 7.01)

076111 Services cliniques avec rendez-vous

EP 42 – Médecin enseignant

```
051015 Examens relatifs à l'hépatite C
051027
         Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques
         Gestion administrative spécifique de l'UMF
051028
        Services cliniques
Étude de dossiers
051030
051031
051032 Rencontres multidisciplinaires
051043
        Tâches médico-administratives et hospitalières
051068 Encadrement clinique et pédagogique
051069
        Activité de supervision
051133 Demi-journée de formation continue
051134
         Journée complète de formation continue
063030
        Services cliniques aux malades admis
```

EP 44 – Médecins qui exercent dans ou auprès du CSSS des Îles

(dépannage : 009XXX, voir partie générale)

```
002015 Examens relatifs à l'hépatite C
002030
         Services cliniques
002032
         Rencontres multidisciplinaires
002043
         Tâches médico-administratives et hospitalières
002055
         Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
002063
         Garde sur place
         Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.
002071
         Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation
         Garde en disponibilité (aboli au 31 mars 2010)
Garde en disponibilité (anesthésie)
002081
002083
002084
         Services cliniques (situation exceptionnelle)
002085
         Garde sur place (situation exceptionnelle)
002098
         Services de santé durant le délai de carence
002147
         Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité
```

EP 49 – Programme spécifique dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Autre que services pré-hospitaliers

054030 054032 054043 054055	Examens relatifs à l'hépatite C Services cliniques Rencontres multidisciplinaires Tâches médico-administratives et hospitalières Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
054098	Services de santé durant le délai de carence
Services	s pré-hospitaliers cliniques

058037 Planification - Programmation - Évaluation

EP 52 - Services pré-hospitaliers d'urgence

Section I - Services préhospitaliers d'urgence régionaux

225075 Témoin période régulière

225159 Assurance-qualité
225161 Activités liées au plan des mesures d'urgence

225163 Participation aux comités nationaux

225164 Activités médico-administratives autorisées

Section II - Services préhospitaliers d'urgence des régions Montréal et Laval

205063 Garde sur place

205071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

Témoin période régulière

205159 Assurance-qualité

205160 Constat de décès

205161 Activités liées au plan des mesures d'urgence

205162 Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut réclamer cette activité)
205163 Participation aux comités nationaux

205164 Activités médico-administratives autorisées

205165 Garde en disponibilité – Constat décès

Section III - Services préhospitaliers d'urgence de l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal

215063 Garde sur place

215071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les

médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

215163 Participation aux comités nationaux

215164 Activités médico-administratives autorisées

215166 Formation donnée 215167 Support en ligne

215168 Élaboration et évaluation de protocoles ou activités

215169 Garde en disponibilité – Support en ligne

EP 54 - Groupe médecine de famille désigné réseau

269110 Services cliniques sans rendez-vous **269111** Services cliniques avec rendez-vous

PROTOCOLES D'ACCORD

Protocole d'accord « CISSS ou CIUSSS »

049038 Coordination (coordonnateur)

049067 Expertise professionnelle (médecin-conseil)

049130 Participation à une réunion

049131 Exécution d'un mandat

Protocole d'accord « DRMG »

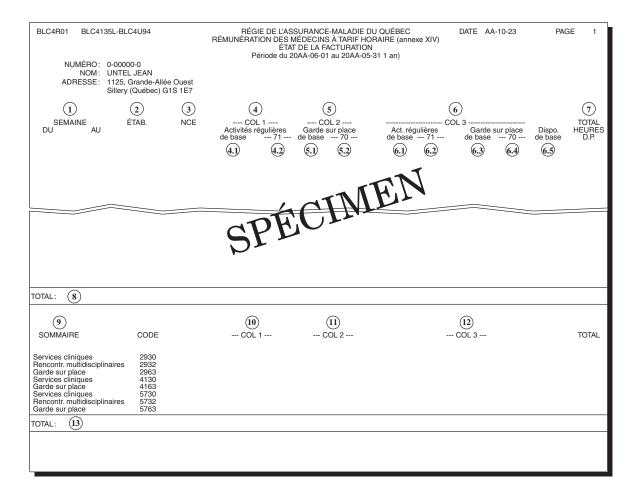
103014 Participation au comité de direction du DRMG

103108 Médecin mandaté pour participer à une table locale

103109 Médecin participant à un mandat ad hoc

2.7 ÉTAT DE LA FACTURATION

Bilan des heures payées selon les différentes colonnes du tableau des modificateurs de l'annexe XIV, pour une période de référence annuelle du 1^{er} juin au 31 mai de l'année suivante.



2.7 **DESCRIPTION DU BILAN** (13 parties)

- 1 Période de facturation du dimanche au samedi.
- 2 Numéro de l'établissement où les services ont été rendus.
- 3 Numéro de la demande de paiement.
- 4 Activités régulières rémunérées selon la colonne 1 du tableau des modificateurs jusqu'à un maximum annuel de 1 540 heures.
 - **4.1** Nombre d'heures d'activités régulières qui sont facturées dans l'établissement mentionné excluant le code XXX071.
 - **4.2** Nombre d'heures en garde sur place (code XXX071) comprises dans les 35 heures hebdomadaires d'activités professionnelles.
- **5** Garde sur place rémunérée selon la colonne 2 du tableau des modificateurs jusqu'à un maximum annuel de 528 heures.
 - **5.1** Nombre d'heures de garde sur place.
 - **5.2** Nombre d'heures réputées être des heures de garde sur place (code XXX070). Doit être autorisé par entente.
- 6 Activités rémunérées selon la colonne 3 du tableau des modificateurs. Activités régulières excédant 1 540 heures annuelles, garde sur place excédant 528 heures et garde en disponibilité.
 - **6.1** Nombre d'heures d'activités régulières excédant 1 540 heures par année.
 - **6.2** Nombre d'heures en garde sur place comprises dans les 35 heures hebdomadaires d'activités professionnelles lorsque le nombre annuel d'activités régulières (1 540) est dépassé.
 - **6.3** Nombre d'heures de garde sur place excédant 528 heures par année.
 - **6.4** Nombre d'heures réputées être des heures de garde sur place lorsque les heures de la colonne 2 dépassent 528 heures par année.
 - **6.5** Nombre d'heures de garde en disponibilité lorsque permis par entente.
- 7 Total hebdomadaire des heures rémunérées en colonnes 1, 2 et 3.
- 8 Total des heures rémunérées à la dernière période de facturation paraissant à cet état de facturation.
- **9** Énumération des codes d'activités pour lesquels des heures ont été payées au cours de la période de référence.
- 10 Total par code d'activités des heures rémunérées en colonne 1.
- 11 Total par code d'activités des heures rémunérées en colonne 2.
- **12** Total par code d'activités des heures rémunérées en colonne 3.
- 13 Total des heures rémunérées à la dernière période de facturation paraissant à cet état de facturation.

3.0 RÉMUNÉRATION MIXTE

(Formulaire 3743)

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode de la rémunération mixte la *Demande de paiement - Rémunération mixte* (3743) servant à réclamer les *per diem* ou demi-*per diem*

Pour imprimer des exemplaires de ce formulaire, consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, dans la section Formulaires de votre catégorie de professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé en cliquant sur le lien disponible. Les coordonnées pour le transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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 pour le paiement.

La facturation des actes payables en supplément des per diem et demi-per diem doit se faire sur la Demande de paiement - Médecin (1200).

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de la 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 20AA s'écrit AA-03-15.

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon les modes de la rémunération mixte. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consulter les annexes XII et XII-A de l'Entente dans la Brochure nº 1 ainsi que la rubrique Rémunération différente, sous l'onglet Facturation, dans la section dédiée à votre profession sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

La liste des localités est accessible sous l'onglet Manuels à la même adresse.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la Régie lorsque la rémunération différente s'applique.

RÉMUNÉRATION MIXTE (formulaire 3743)

	L		(1	INEL	RNE					IDE DE PA I nération		-				uébe		ተ
PRÉN	IOM	.33	101	INCL		2	NO	M				N° DU P	ROFES	SIONNEL	° DU GROUPE	(10)		RE DE MENTS XÉS 12
ÉTA	BL	ISS	EM	ENT.							NUN	1ÉRO	$\overline{}$	CETTE DE	PÉRIO	DE		
DÉPA	RTEN	MENT	OU S	ERVICE			3						Щ	DÉBUTANT LE DI ANNÉE MOIS	IMANCHE	SE TERMINAN ANNÉE MO	T LE S.	
															1			
CUAN	HOF	RAI	RE.	$\overline{}$		CODE	оготгир	HEURES		CODE	ACTIVITÉS SECTEUR	HEURES		CODE	SEC-	HEURES	ΥΙ	= 1,0 ou diem = 0.5) PER
QUAN	RÉA RA	AUNÉ- TION	AM	PM RÉ	F.	D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.	D'ACTIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.	D'ACTIVITÉ		TRAVAILLÉES	RÉF.	DIEM
	M	X		1	١,				2	1 1 1 1			3	, , , ,			61	- i
	М	х		4					5				6				62	
5	М	х		7	T.				8		6		9				63	7
	М	х		10					11			1 .	12				64	i
	М	х		13	3				14				15				65	
	М	х		16	3				17				18				66	
	М	X		19					20				21				67	
	М	х		22	2				23				24	7			68	
	М	Х		25	5				26	40	177	1 F	27	4			69	
-	M	X		28	3			S	25	FI	7 1 1	<u> </u>	30				70	
	М	х		3.					32				33				71	
	М	X		34	ı				35				36				72	
	М	Х		37	,				38				39				73	
	М	X		40					41				42				74	
	М	Х		43	3				44				45				75	
	М	X		46	3				47				48				76	
	М	X		49	9				50				51				77	
	M	X		52	2				53				54				78	
		X		55	-		-		56				57				79	
		x		58	-		+-		59				60				80	
REI	NSE	IGI	NEN	L_L MENT	s co	MPLÉMENTA									(8)		$\frac{1}{9}$	$\overline{}$
							<u>(11)</u>								TOTAL DES H	IEURES	NOME	BRE DE
						SSIONNEL O				< SIGI	NATURE DU	CHEF DE D	ÉPA	RTEMENT CLIN	TRAVAILL NIQUE OU D			ICE —
JE CE	RTIF	IE QU	JE LE		IGNEME	ENTS FOURNIS SUR	LA PRÉSENT		ois .	JOUR (OU E	DE LA PERSON	NE QUI EN ASS	L4	LES RESPONSABI	LITÉS)	DATE ANNÉE	MOIS	1

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

3.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte 14 parties :

- 1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres.
- 2. Professionnel.
- 3. Établissement.
- 4. Période.
- 5. Horaire.
- 6. Activités.
- 7. Per diem.
- 8. Total des heures travaillées.
- 9. Nombre de per diem.
- 10. C.S. (considération spéciale).
- 11. Renseignements complémentaires.
- 12. Nombre de documents annexés.
- 13. Signature du professionnel ou du mandataire.
- **14.** Signature du chef de département clinique ou du chef de service, ou la personne qui en assume les responsabilités, ou la personne autorisée à signer pour l'établissement.
- # Remarque: La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le professionnel puisse y inscrire un numéro de contrôle externe à quatre chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

#

1	O DE CO	_	0	2			Re		NDE DE PAIEI unération m				l'as.	ie de suran Q	ce maladie	1	* * * *
PRÉN	MC					NO		т			N° DU PR		.	OUPE		NOMBR DOCUM ANNEXE	IENTS
ÉTA	PI					_	UNTE	Ь				9	9,9,9 4	PÉRIO			
NOM					aval						12 0 6	3	DÉBUTANT LE DIMANO	HE	SE TERMINANT	LE SA	MEDI
DÉPAI	RTEMEN	T OU	SERV	CE									li i	JOUR 1	ANNÉE MOIS A A 0	- 1	JOUR 2 4
	IORA	IRE							ACT	VITÉS		_	(22)22 0 2 2		(Per	diem =	1,0 ou em = 0.5)
QUAN- TIÈME	MODE D RÉMUNÉ RATION	E AN	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SEC- TEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM
	МХ			1				2				3				61	
Г	мх		Г	4				5				6				62	
H	МХ			7				8				9				63	
	МХ		Н	10		1		11				12		1		64	
H	мх		h	13				14				15				65	+
-	мх		Н	16		1		17				18		1		66	+
H	мх		H	19				20				21				67	+
-	мх	+	H	22		ı		H				21				Н	Щ
ш		H						23	401	1	AR.	24		-		68	4
	MX	۰		25		ı		1	OFIC.		111	27		1		69	Щ
<u> </u>	МХ		L	28			_, ρ	29				30				70	Ш
	MX			31				32				33				71	Ш
L	МХ		L	34				35				36				72	Ш
	MX			37				38				39				73	
	МХ		L	40				41				42	1 1 1 1			74	Ш
	M X			43				44				45				75	
	МХ			46		ı		47				48				76	
	МХ			49				50				51				77	
	мх			52				53				54				78	
	мх			55				56				57				79	
	мх		Γ	58				59				60				80	
REN				ITS	COMPLÉMENTAIR	RES _								,			
													TOTA	IL DES H Ravaill	IEURES N ÉES	IOMBF <i>PER D</i>	IE DE
JE CE	RTIFIE Q	UE LI	SRE	NSEIG	PESSIONNEL OU I INEMENTS FOURNIS SUR LA EXACTS.	DU MAI PRÉSENT	NDATAIRE - E DATE		(OU DE LA	JRE DU PERSON	CHEF DE DÉ NE QUI EN ASSI	JME	RTEMENT CLINIQUE LES RESPONSABILITÉS)	OU D	U CHEF DE S	ERVI	CE
							ANNÉE MO	IS	JOUR							MOIS	JOUR
				Т	RANSMETTRE	LAF	ÉGIE UNE	CO	PIE DU FORMU	AIRE	PORTANT	LE	S DEUX SIGNAT	URES	ET		
3743	292 1	5/04		E	N REMETTRE U	NE CC	PIE À L'ÉT	AB	LISSEMENT. CO	NSER	VER L'ORI	GIN	AL PENDANT CI	NQ A	NS.		

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

PARTIE 2

Professionnel

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro du compte administratif (groupe) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à une société de professionnels dont il est membre.

PARTIE 3

Établissement

L'identification de l'établissement où les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription du contrat pour la rémunération mixte.

PARTIE 4

Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **14 jours consécutifs débutant un dimanche et se terminant un samedi,** pour une période de deux semaines établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte fourni par la Régie (voir la section 3.7 du présent document). Dans cette section, vous devez **obligatoirement** indiquer la date de début et de fin de la période de 14 jours pertinente du calendrier de rémunération mixte, et ce, même si vous ne travaillez qu'une partie de cette période.

PARTIE 5

Horaire

- Quantième

Cette partie permet au médecin d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés. Le quantième s'exprime en utilisant deux chiffres.

- Plage horaire

Cette partie permet d'indiquer la période de la journée où les activités ont été accomplies et, s'il y a lieu, la période de la journée pour laquelle un demi *per diem* est réclamé.

Le médecin indique par un « X » dans quelle période de la journée les activités ont été réalisées. La journée indiquée par le quantième se divise en deux périodes qui sont les suivantes :

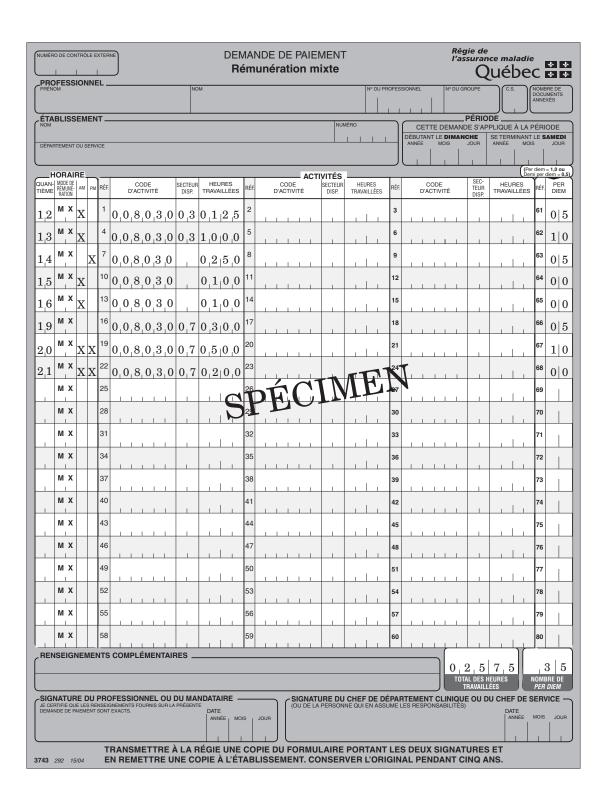
Avant-midi (A.M.) : de 7 h à 12 h Après-midi (P.M.) : de 12 h à 17 h

L'identification de la plage horaire est **essentielle**. Le médecin peut sélectionner une seule plage horaire ou les deux (A.M., P.M. ou les deux) pour une même ligne de facturation d'activités. Toutefois, lorsque l'activité chevauche deux périodes de plage horaire et **qu'un demi per diem seulement est réclamé** pour l'activité, le médecin doit obligatoirement cocher une seule période de plage horaire, selon la période de la journée où le plus grand nombre d'heures a été fait. Dans le cas d'égalité, le médecin doit indiquer un code de plage horaire à son choix.

Exemples:

Si un médecin effectue deux heures d'activités de 10 h 30 à 12 h 30 et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher que la période A.M.

Si un médecin effectue quatre heures d'activités de 10 h à 14 h et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher qu'une seule période, soit A.M. ou P.M., à son choix.



PARTIE 6

Activités

Indication des heures effectuées

Cette partie qui comporte 20 lignes ou 60 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il a accompli des activités visées par la rémunération mixte.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Codes d'activité

Le code d'activité est composé de six chiffres

Le médecin indique le code correspondant aux activités accomplies : 008030.

- Secteur disp. (secteur de dispensation)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case sauf dans les situations où le médecin veut que ses activités soient comptabilisées aux fins de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulière (AMP) ou s'il veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, se référer aux avis de facturation figurant aux annexes IX, XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le professionnel est assujetti. Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », veuillez vous référer à la section 3.4 du présent document.

- Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03.75.

Remarque: Tous les services médicaux pouvant être facturés en plus du per diem doivent être facturés dans la section Actes sur la Demande de paiement - Médecin (1200) en inscrivant la valeur de référence dans la case PH (plage horaire).

```
- De 0 h à 7 h (nuit), la plage horaire = 1;

- De 7 h à 12 h (A.M.), la plage horaire = 2;

- De 12 h à 17 h (P.M.), la plage horaire = 3;
- De 17 h à 24 h (soir), la plage horaire = 4.
```

Les services rendus de 16 h à 8 h relativement à l'Entente particulière de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, ou dispensés dans un service d'urgence de l'établissement doivent être facturés selon les modalités de cette entente particulière ou, le cas échéant, selon l'entente générale. Si c'est votre cas, vous ne pouvez facturer d'heures au per diem selon le mode de rémunération mixte pendant la même période, soit entre 7 h et 8 h et entre 16 h et 17 h.

PARTIE 7

Per diem

Inscrire le nombre de per diem (1) ou de demi per diem (0,5) demandé pour les activités mentionnées sur la ligne.

Le médecin ne peut pas demander plus d'un per diem ou deux demi per diem par jour.

Aucun per diem ou demi per diem ne peut être demandé si aucune heure d'activité n'est présente sur la ligne (voir remarque partie 9).

Pour demander deux demi per diem, soit un per diem, pour un quantième, au moins 03,50 heures d'activités doivent être présentes sur la ligne.

Aucun per diem ou demi-per diem ne peut être réclamé un samedi, dimanche ou jour férié, ni pour une journée ou demi-journée où le médecin réclame de la formation continue ou du ressourcement.

	ODE CO	1						IDE D ınéra		EMEN [*]	Γ		Rég l'as	jie de suran	oce maladie Uébe		* * * * * * * * * * * * * * * * * * *
PRÉN					NOI	М					Nº DU PF	ROFES	SIONNEL N° DU GF			NOMB DOCUI ANNE)	MENTS
NOM	BLISS	SEME	NT							NU	MÉRO	\neg	CETTE DEMAND		PLIQUE À LA F		
DÉPA	RTEMENT	OU SER	/ICE									-	DÉBUTANT LE DIMAN ANNÉE MOIS	JOUR	SE TERMINANT ANNÉE MOIS	LE SA	JOUR
															(Por	diom -	1000
QUAN	MODE DE RÉMUNE-	RE	COD	F S	SECTEUR	HEURES	- 4-	CC	DDE AC	TIVITÉS SECTEUF	HEURES	nés	CODE	SEC-	HEURES	ΥI	= 1,0 ou liem = 0.5)
TIÈME	RÉMUNÉ- RATION	AM PI	RÉF. D'ACTIV		DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.		TIVITÉ	DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.	D'ACTIVITÉ	TEUR DISP.	TRAVAILLÉES	RÉF.	DIEM
	M X		1			1.1.1	2	1 1				3				61	
	мх		4				5					6				62	
	мх		7				8					9				63	
	МX		10				11					12		1		64	
H	M X		13		_		14					15				65	+
H	мх		16				17		ш			18				66	
-	M X		19				20					21				67	
H	мх	Н	22				23		Ш			24"	~			68	
Н							00	1		Th	TF.					Н	
H	MX		25				1	H			111	27				69	Щ
L	MX	Ш	28			<u> </u>	29					30				70	Ш
	MX		31			1 1	32	1 1				33	1 1 1 1 1	1	111	71	
L	M X	Ш	34				35	1 1				36	1 1 1 1			72	Ш
	M X		37	1 1			38	1 1				39	1 1 1 1			73	
L	мх		40				41			1.		42				74	
١,	мх		43				44	1 1		١,		45				75	
	мх	П	46				47			Τ.		48				76	
	МХ		49				50					51				77	
	мх	П	52				53			Τ.		54				78	\exists
	мх		55				56					57				79	
	мх		58				59			Τ.		60				80	\exists
REI	SEIGI	NEME	NTS COMPLÉM	IENTAIR	ES _								TOT	2 $_{1}$ 5	7 5	IOMB	RE DE
SIG	NATUR	RE DU	PROFESSIONN	IEL OU D	U MAN	NDATAIRE			-SIGN/	TURE DI	J CHEF DE DI	ÉΡΑΙ	RTEMENT CLINIQUI	RAVAILL E OU D			ICE —
JE CE DEMA	RTIFIE QL NDE DE P	JE LES R PAIEMEN	ENSEIGNEMENTS FOUF SONT EXACTS.	RNIS SUR LA F	PRESENTE	DATE MO		JOUR	(OU DE	LA PERSO	ine qui en ass Ies Res	JME	LES RESPONSABILITÉS)		DATE ANNÉE	MOIS	JOUR
4	\		TRANSMIT	eel	105	A A 0	_	2 ₆				<u>. </u>	S DEUX SIGNAT	UPEC		$0_{ }1$	3 0
3743	292 15	5/04											AL PENDANT C				

PARTIE 8

Total des heures travaillées

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

PARTIE 9

Nombre de per diem

La somme des per diem inscrits. Cette somme ne doit jamais dépasser dix per diem par période de deux semaines.

Remarque: Pour déterminer le nombre maximum de demi-per diem qu'un médecin peut réclamer par période de 14 jours, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues au cours de cette période et on arrondit à l'unité inférieure.

Exemple 1: Ainsi, 27 heures d'activités / $3.5 = 7.71 \Rightarrow 7$ demi-per diem = $\Rightarrow 3.5$ per diem.

Exemple 2 : et 77 heures d'activités / 3,5 = 22 demi-per diem = 11 per diem.

Dans ce dernier cas, le médecin doit réviser les per diem réclamés pour ne pas dépasser dix per diem.

PARTIE 10

C.S. (considération spéciale)

LETTRE A: Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

LETTRE B : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Avec la lettre « B » dans cette case écrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

PARTIE 11

Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 10, la lettre « $\bf A$ » ou « $\bf B$ » dans la case $\it C.S.$ Si l'espace est insuffisant, se servir d'un $\it Document$ complémentaire - $\it Considération$ spéciale (1944) (voir le $\it Manuel$ des $\it médecins$ omnipraticiens sous l'onglet $\it Formulaires$) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone.

PARTIE 12

Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée uniquement pour indiquer le nombre de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone.

PARTIE 13

Signature du professionnel ou du mandataire

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le médecin dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire.

PARTIE 14

Signature du chef de département clinique ou du chef de service

La demande de paiement doit être signée à la main et datée par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités, ou la personne autorisée à signer pour l'établissement.

3.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

Activités médicales :

008030 Services cliniques en anesthésie.

009030 Services cliniques (pour le dépanneur)

3.4 SECTEURS DE DISPENSATION

Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement.

- 01 clinique externe
- 02 moyen séjour
- 03 courte durée (section générale)
- **04** longue durée soins prolongés
- 05 soins intensifs
- 06 unité de soins coronariens
- **07** clinique d'urgence
- 08 département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09 hôpital de jour
- 10 hôpital à domicile
- 11 laboratoire

Remarque: L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Veuillez vous y référer pour faire le lien avec le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (Voir votre *Brochure* nº 1, sous l'onglet *Entente*, annexe IX).

Pour la rémunération mixte, vous pouvez utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- CH (service d'urgence) : en semaine = 07 CH (courte durée) : en semaine = 03

3.5 EXPÉDITION

Transmettre à la Régie la copie portant les deux signatures, remettre une copie à l'établissement et conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour le document :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Faire parvenir les copies des demandes de paiement dans une enveloppe $22.9~\rm cm$ X $30.5~\rm cm$ (9 po X $12~\rm po$) à l'adresse suivante :

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

3.6 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (formulaire 1944)

Voir la section 4.2.4.1 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement du Manuel de facturation dans la section Médecins omnipraticiens – Ancienne facturation à l'acte sur le site Web de la Régie au www.ramg.gouv.gc.ca/professionnels.

3.7 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION - ANNÉE 2018

Autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte (demande de paiement 3743).

La période de facturation du mode de rémunération mixte est de deux semaines. Les dates inscrites dans la case PÉRIODE de la **Demande de paiement 3743** doivent obligatoirement correspondre à l'une des périodes du calendrier ci-dessous.

CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION 2018										
Mois	Du dimanche	Au samedi								
Janvier 2018	2017-12-24	2018-01-06								
Janvier 2018	2018-01-07	2018-01-20								
Février	2018-01-21	2018-02-03								
revilei	2018-02-04	2018-02-17								
	2018-02-18	2018-03-03								
Mars	2018-03-04	2018-03-17								
	2018-03-18	2018-03-31								
Aveil	2018-04-01	2018-04-14								
Avril	2018-04-15	2018-04-28								
Mai	2018-04-29	2018-05-12								
Mai	2018-05-13	2018-05-26								
Juin	2018-05-27	2018-06-09								
Julii	2018-06-10	2018-06-23								
Iuillot	2018-06-24	2018-07-07								
Juillet	2018-07-08	2018-07-21								
Août	2018-07-22	2018-08-04								
Aout	2018-08-05	2018-08-18								
	2018-08-19	2018-09-01								
Septembre	2018-09-02	2018-09-15								
	2018-09-16	2018-09-29								
Octobro	2018-09-30	2018-10-13								
Octobre	2018-10-14	2018-10-27								
Novembro	2018-10-28	2018-11-10								
Novembre	2018-11-11	2018-11-24								
Dácamhra	2018-11-25	2018-12-08								
Décembre	2018-12-09	2018-12-22								

Afin de recevoir des paiements régulièrement, veuillez vous assurer de respecter le calendrier des dates limites de réception des demandes de paiement.

3.7 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION - ANNÉE 2019 (suite)

CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION 2019								
Mois	Du dimanche	Au samedi						
Januar 2010	2018-12-23	2019-01-05						
Janvier 2019	2019-01-06	2019-01-19						
Février	2019-01-20	2019-02-02						
revilei	2019-02-03	2019-02-16						
	2019-02-17	2019-03-02						
Mars	2019-03-03	2019-03-16						
	2019-03-17	2019-03-30						
A!!	2019-03-31	2019-04-13						
Avril	2019-04-14	2019-04-27						
Mai	2019-04-28	2019-05-11						
Mai	2019-05-12	2019-05-25						
lude	2019-05-26	2019-06-08						
Juin	2019-06-09	2019-06-22						
1. 301-4	2019-06-23	2019-07-06						
Juillet	2019-07-07	2019-07-20						
	2019-07-21	2019-08-03						
Août	2019-08-04	2019-08-17						
	2019-08-18	2019-08-31						
C t l	2019-09-01	2019-09-14						
Septembre	2019-09-15	2019-09-28						
0-4-1	2019-09-29	2019-10-12						
Octobre	2019-10-13	2019-10-26						
Navanala :-	2019-10-27	2019-11-09						
Novembre	2019-11-10	2019-11-23						
Dásanda	2019-11-24	2019-12-07						
Décembre	2019-12-08	2019-12-21						

IMPORTANT : Afin de recevoir des paiements régulièrement, veuillez vous assurer de respecter **le calendrier des dates limites de réception des demandes de paiement**.

3.8 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

La période de référence pour les jours fériés s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

JOURS FÉRIÉS	2017 / 2018	2018 / 2019	2019 / 2020
Journée nationale des Patriotes	22 mai 2017	21 mai 2018	20 mai 2019
Fête nationale du Québec	23 juin 2017	25 juin 2018	24 juin 2019
Fête du Canada	30 juin 2017	2 juillet 2018	1 ^{er} juillet 2019
Fête du Travail	4 septembre 2017	3 septembre 2018	2 septembre 2019
Action de grâces	9 octobre 2017	8 octobre 2018	14 octobre 2019
Veille de Noël	22 décembre 2017	24 décembre 2018	24 décembre 2019
Fête de Noël	25 décembre 2017	25 décembre 2018	25 décembre 2019
Lendemain de Noël	26 décembre 2017	26 décembre 2018	26 décembre 2019
Veille du jour de l'An	29 décembre 2017	31 décembre 2018	31 décembre 2019
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} janvier 2019	1 ^{er} janvier 2020
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2018	2 janvier 2019	2 janvier 2020
Vendredi saint	30 mars 2018	19 avril 2019	10 avril 2020
Lundi de Pâques	2 avril 2018	22 avril 2019	13 avril 2020

Remarque : En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 1^{er} mai de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier ci-dessus qui est retenu.

Le médecin doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

Pour accéder aux calendriers de la Régie et à ceux des établissements ou installations, rendez-vous à la page *Calendriers* de l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

3.9 TABLEAU DU POURCENTAGE DES ACTES

EP en Anesthésie

Pourcer	ntage des actes							
%	Services médicaux visés							
80	Tous les services médicaux, à l'exception des examens, visites et consultations (sauf l'examen pré-anesthé-sique), l'intervention clinique, les transferts ambulanciers : codes 09087 et 09246.							
	Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.							
	Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus. Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.							
	Les services médicaux codés 00910, 00911, 00912, 00921, 00927, 00928, 00933, 00935, 00939, 00940, 00984, 00988, 00989, 00990, 00991, 00997, 00998, 00999, 01900, 00828, 00829, 00822, 00824.							
	Les services médicaux codés 00123, 00170, 00176, 00251, 00291, 00435, 00469, 00530, 00542, 00559, 00575, 00617, 00639, 00648, 00707, 00753, 00799, 00973, 00975, 03019, 03026, 03028, 03029, 03039, 03040, 03041, 03042, 03043, 03044, 03045, 03046, 03120, 03122, 03123, 03124, 03125, 03133, 05022, 05023, 05025, 05027, 05029, 05057, 05060, 05067, 05077, 05080, 05081, 05083, 05090, 05140, 05141, 05142, 05146, 05147, 05150, 05154, 05158, 05160, 05161, 05164, 05166, 05194, 05241, 05242, 05245, 05253, 05279, 05280, 05304, 05329, 05335, 05338, 05339, 05350, 05353, 05362, 05363, 05364, 05374, 05379, 05384, 05385, 05386, 05389, 05396, 05405, 05412, 05418, 05421, 05423, 05426, 05428, 05429, 05434, 05436, 05437, 05450, 05452, 05467, 05470, 05473, 05474, 05475, 05478, 05480, 05485, 06101, 06113, 06114, 06115, 06141, 06199, 06311, 06312, 06331, 06332, 06334, 06335, 06336, 09439, 09444, 09446, 09447, 09448, 09449, 09450, 09492, 09493, 09494, 09495 et 09496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.							
100	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.							
	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.							
	Tous les services codés 00013, 00014, 00016, 00018, 09100, 09101, 09063, 09067, 09069, 09070, 09073, 09800, 09801, 09825, 09826, 09900, 09907, 09908, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09955, 09970, 09971, 09975, 09818, 15234, 15265, 15266 et 15967.							

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôles 1, 2 et 3 seulement.

Voir instructions et modificateurs spécifiques pour la facturation de ces actes, en supplément du per diem de la rémunération mixte, dans la Brochure n^0 1, entente particulière en anesthésie, régime C.

4.0 PAIEMENT

Le professionnel de la santé, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux médecins rémunérés à honoraires fixes, à la vacation, à tarif horaire et au *per diem*.

Remarque: Pour les professionnels rémunérés à l'acte, veuillez vous référer à l'onglet *Paiement* du manuel des médecins omnipraticiens.

4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de virement bancaire (dépôt direct) émis à l'ordre du professionnel traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir paiement.

Le virement (dépôt) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les trois mois de la date des services.

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, **un rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

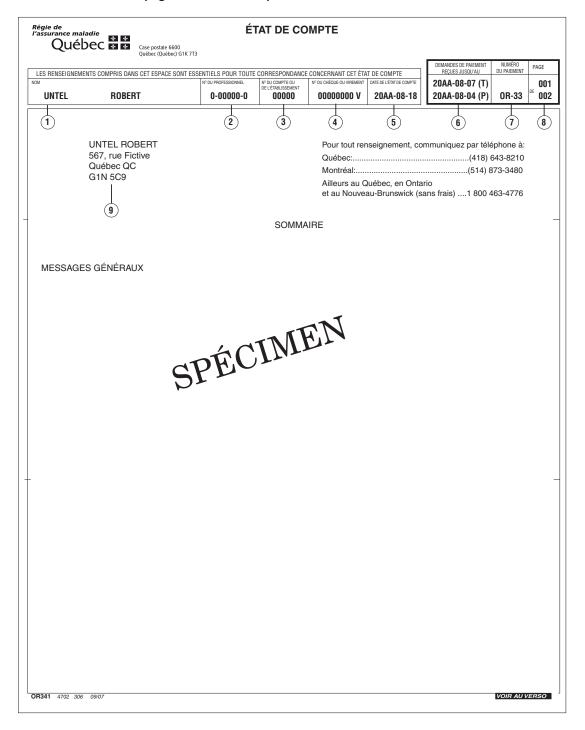
4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

4.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200 \$.

4.4.1 Honoraires fixes : 1^{re} page de l'état de compte



4.4.1 Honoraires fixes (suite)

Description Parties 1 à 9 et sommaire

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

- 1. NOM: Les nom et prénom du professionnel.
- 2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du professionnel, ainsi que son chiffre-preuve.
- 3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro d'établissement.
- **4.** NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT: Le numéro du chèque ou du virement bancaire (dépôt direct) dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre « V ».
- **# 5.** DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire *(dépôt direct)* est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
 - **6.** DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU: La date inscrite dans cette case correspond à la date limite de réception des demandes de paiement. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La lettre « P » correspond à la facturation « papier ».
 - 7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut au besoin servir de référence.
 - **8.** PAGE : La pagination est en fonction du nombre de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
 - 9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le médecin pour l'envoi de ses états de compte.

Les sommaires inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paiements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

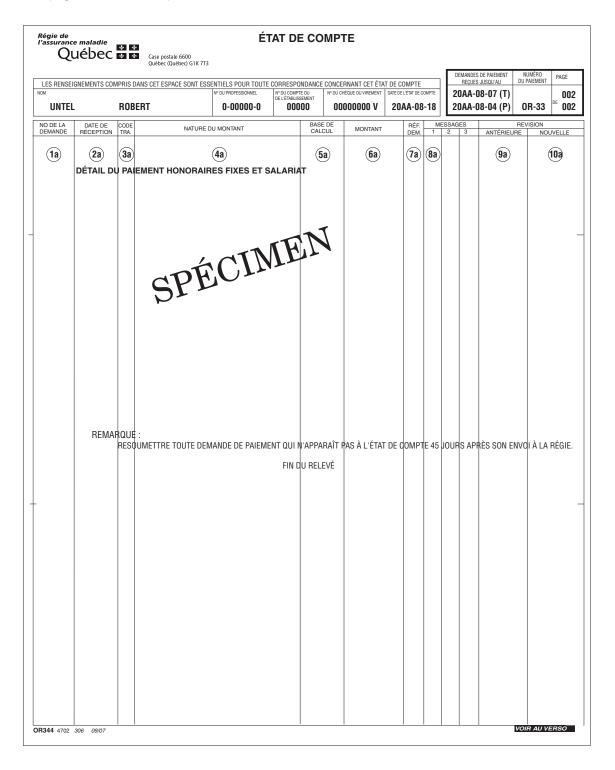
Description des gains : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, congé rémunéré, etc.).

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

4.4.1 Honoraires fixes (suite)

2^e page de l'état de compte



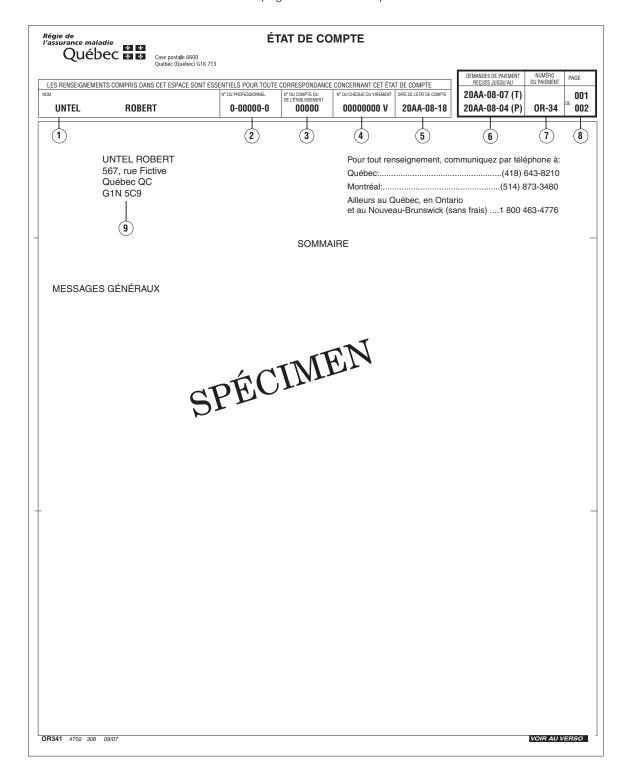
4.4.1 Honoraires fixes (suite)

Description Parties 1a à 10a

- **1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement ou des demandes de remboursement par ordre croissant. Lorsque la Régie effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA-11-28, i.e. AA pour l'année 20AA, 11 pour novembre et 28 pour le quantième.
- CODE TRA: Numéros référant au code de la transaction (TRA) (Voir 4.7).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- **5a.** BASE DE CALCUL : Les paramètres (le cas échéant) pour calculer le montant, par exemple : le nombre d'heures (H), de journées (J), de kilomètres (K) payés ou rectifiés, ou le pourcentage.
- **6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- **7a.** RÉF. DEM: Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement. Pour une demande de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- **8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de cet état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE: Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

MAJ 46 / mars 2013 / 99 5

4.4.2 Vacation - Tarif horaire - Per diem : 1 re page de l'état de compte



6 MAJ 46 / mars 2013 / 99

4.4.2 Vacation - Tarif horaire - Per diem (suite)

Description Parties 1 à 9 et sommaire

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

- 1. NOM: Les nom et prénom du professionnel.
- 2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du professionnel, ainsi que son chiffre-preuve.
- 3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro d'établissement.
- **4.** NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT: Le numéro du chèque ou du virement bancaire (dépôt direct) dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre « V ».
- **# 5.** DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire *(dépôt direct)* est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
 - 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : La date inscrite dans cette case correspond à la date limite de réception des demandes de paiement. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La forme de réception figure comme suit : la lettre « P » papier, ou « T » télécommunication.
 - 7. NUMÉRO DU PAIEMENT: Ce numéro peut, au besoin servir de référence.
 - **8.** PAGE : La pagination est en fonction du nombre de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
 - 9. NOM ET ADRESSE: Nom et adresse postale fournis par le médecin pour l'envoi de ses états de compte.

Les sommaires inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux Paiements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

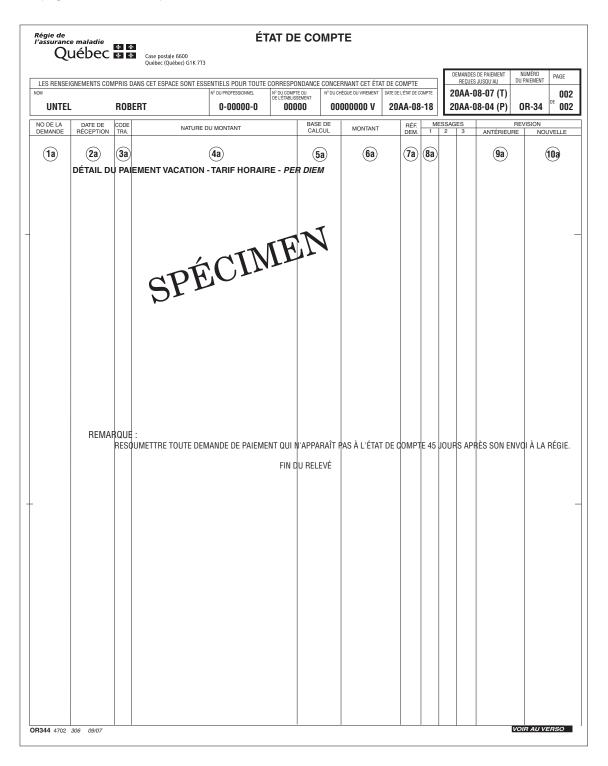
Description des gains : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, congé rémunéré, etc.).

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

4.4.2 Vacation - Tarif horaire - Per diem (suite)

2^e page de l'état de compte



4.4.2 Vacation - Tarif horaire - Per diem (suite)

Description Parties 1a à 10a

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement ou des demandes de remboursement par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA-11-28, i.e. AA pour l'année 20AA, 11 pour novembre et 28 pour le quantième.
- 3a. CODE TRA: Numéros référant au code de la transaction (TRA) (Voir 4.7).
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- **5a.** BASE DE CALCUL: Les paramètres (le cas échéant) pour calculer le montant, par exemple: le nombre d'heures (H), de journées (J), de kilomètres (K) payés ou rectifiés, ou le pourcentage.
 - **6a.** MONTANT : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
 - 7a. RÉF. DEM: Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
 - **8a.** MESSAGES : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de cet état de compte.
 - 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE: Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
 - 10a. RÉVISION NOUVELLE: Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

4.4.3 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de refacturation auxquels le professionnel est soumis. Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou de remboursement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction (TRA) 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement**.

MAJ 40 / juin 2009 / 99 9

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié; le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (Voir également la liste des messages explicatifs à la section 4.8 du présent onglet).

Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision**. (Voir 4.5.4 B du présent onglet).

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié la rectification d'honoraires.

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié; le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (Voir également la liste des messages explicatifs à la section 4.8 du présent onglet).

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

a) REFACTURATION: **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.

IMPORTANT : Inscrire **la lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir 4.7) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié la rectification d'honoraires.

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire nº 1549 « DEMANDE DE RÉVISION » et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire. (N.B. : Le formulaire nº 1549 est disponible dans le site Internet de la Régie)

4.5.5 Annulation d'une demande de paiement

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié; le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (Voir également la liste des messages explicatifs à la section 4.8 du présent onglet).

Pour obtenir paiement, le professionnel de la santé doit soumettre une nouvelle demande de paiement comportant tous les renseignements requis, dans un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.

IMPORTANT: Inscrire **la lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

11

4.6 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) Honoraires fixes

Régie de PÉRIODE	S DE FACTURATION ET DATES DE F HONORAIRES FIXES, SALARIAT	PAIEMENT 2018
JANVIER *21	FÉVRIER *20	MARS *21
DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM
(1) 1 2 3 4 6	(5) 32 34	(9) 60 62
1 2 3 4 5 6	1 2 3	
		1 2 3
(2) 8 10 11 12 13	(6) 36 38 39 40 41	(10) 64 66 67 68 69
7 8 9 10 11 12 13	4 5 6 7 8 9 10	4 5 6 7 8 9 10
(3) 15 16 17 18 20	(7) 43 44 45 46 48	(11) 71 72 73 74 76
14 15 16 17 18 19 20	11 12 13 14 15 16 17	11 12 13 14 15 16 17
(4) 22 2 24 25 26 27	(8) 50 6 52 53 54 55	(12) 78 8 80 81 82 83
21 22 23 24 25 26 27	18 19 20 21 22 23 24	18 19 20 21 22 23 24
(5) 29 30 31	(9) 57 58 59	(13) 85 86 87 88 90
28 29 30 31	25 26 27 28	25 26 27 28 29 30 31
****	****	
AVNIL	WAI	JOIN
DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM (14) 92	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM (18)	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM (22)
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5	1 2
(15) 99 100 101 102 104	(19) 127 128 129 130 132	(23) 155 156 157 158 160
8 9 10 11 12 13 14	6 7 8 9 10 11 12	3 4 5 6 7 8 9
(16) 106	(20) 134 1 36 137 138 139	(24) 162 1 64 165 166 167
15 16 17 18 19 20 21	13 14 15 16 17 18 19	10 11 12 13 14 15 16
	(21) 141 142 143 144 146	
		(25) 169 170 171 172 174
22 23 24 25 26 27 28	20 21 22 23 24 25 26	17 18 19 20 21 22 23
(18) 120	(22) 148 150 151	(26) 176 • 178 179 180 181
29 30	27 28 29 30 31	24 25 26 27 28 29 30

DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM
(27) 183 184 185 186 T88	(31) 213 214 216	(35) 244
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 1	
1 2 0 7 0 1	1 2 3 7	
(28) 190 192 193 194 195	(32) 218 220 221 222 223	(36) 246 248 249 250 251
8 9 10 11 12 13 14	5 6 7 8 9 10 11	2 3 4 5 6 7 8
(29) 197 198 199 200 202	(33) 225 226 227 228 230	(37) 253 254 255 256 258
15 16 17 18 19 20 21	12 13 14 15 16 17 18	9 10 11 12 13 14 15
(30) 204 2 06 207 208 209	(34) 232 2 34 235 236 237	(38) 260 262 263 264 265
22 23 24 25 26 27 28	19 20 21 22 23 24 25	16 17 18 19 20 21 22
(31) 211 212	(35) 239 240 241 242	(39) 267 268 269 270 272 23
29 30 31	26 27 28 29 30 31	30 24 25 26 27 28 29
OCTOBRE *22	NOVEMBRE *22	DÉCEMBRE *17
DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM	DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM
(40) 274	(44) 305 306 307	(48) 335
1 2 3 4 5 6	1 2 3	1
(41) 281 282 283 284 286	(45) 309 310 311 312 314	(49) 337 338 339 340 342
7 8 9 10 11 12 13	4 5 6 7 8 9 10	2 3 4 5 6 7 8
(42) 288 <u>290</u> 291 292 293	(46) 316	(50) 344
14 15 16 17 18 19 20	11 12 13 14 15 16 17	9 10 11 12 13 14 15
(43) 295 296 297 298 300	(47) 323 324 325 326 328	(51) 351 352 353 354 356
21 22 23 24 25 26 27	18 19 20 21 22 23 24	16 17 18 19 20 21 22
(44) 302 - 304	(48) 330 a 332 333 334	(52) 358 3 60 361 362 363
		23 24
28 29 30 31	25 26 27 28 29 30	30 31 25 26 27 28 29
	* NOMBRE DE TOURS OUTVRARI ES DANS LE MOIS	_

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

4.6 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) Honoraires fixes

		-	C																		
			ANVIE	R		*21		_		ÉVRIE			*20					MARS			
DIM (1)	LUN	MAR 1	MER 2	JEU	VEN	SAM	(5)	1 LUI	MAR	MER	JEU	VEN	SAM 33		DIM (9)	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	S
(1)		4		3	4	5	(3)								(3)						
		ı	2	3	4	5	(8)	0.5		0.7		39	2		(40)			05		67	1
(2)	7	•	9	10	11 a a	12	(6)	35	-	37	38				(10)	63	•	65	66	_	
6	/	8	9	10	11	12	3	4	5	6	15	8	9		3	4	5	6	/	8	
(3)	14	15	16	17	10	19	(7)	42		''	45		."_		(11)	70	71	72	73		L
13	14	15	16	17	18	19	1(-	l 12	13	14	15	16		10	11	12	13	14	15	1
(4)	21	•	23	24	25	26	(8)	49		51	52	53	54		(12)	77		79	80	81	L
20	21	22	23	24	25	26	17	7 18		20	21	22	23		<u>17</u>	18	19	20	21	22	2
(5)	28	29	30	31			(9)	56	57	58	59				(13) 24	84	85	86	87		1_
27	28	29	30	31			24	1 2	5 26	27	28				31	25	26	27	28	29	3
			AVRIL		<u> </u>	*20		_		MAI			*22	!				JUIN			_
DIM	LUN 91	MAR	MER	JEU 94	VEN	SAM 96	DIM	_	MAR	MER	JEU	VEN	SAM		DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	5
(14)	91 ور	•	93	"	95		(18			121	122	123	124		(22)						
/4E\	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4		(0.5)	4	4	477	4		
(15)	98	99	100	101	16	103	(19		_	128	129		131		(23)	154	155	156	157		
/	8	9	10	11	12	13	_5	6	/	8	9	10	11		2	3	4	5	6	/	
(16)	105	•	107	108	109	110	(20		_	135	136	137	138		(24)	161	•	163	164	165	
14	15	16	17	18	19	20	12	2 13	3 14	15	16	17	18		9	10	11	12	13	14	1
(17)	112	113	114	115		117	(21			142	143		145		(25)	168	169	170	171		
<u>21</u>	22	23	24	25	26	27	19	9 20	21	22	23	24	25		<u> 16</u>	17	18	19	20	21	2
(18)	119	•					(22		•	149	150	151			(26) 23	175	•	177	178	179	
28	29	30					26	3 2	7 28	29	30	31			30	24	25	26	27	28	2
		J	UILLE	Т		*22				AOÛT	Г		*22	!			SEF	PTEMI	BRE		_
DIM (27)	LUN 182	MAR 183	MER 184	JEU 185	VEN	SAM 187	DII	_	MAR	MER	JEU 213	VEN	SAM 215		DIM (36)	LUN 245	MAR	MER 247	JEU 248	VEN 249	5
(21)		_					(31				213				(30)			۱.			
(00)	1	2	3	192	193	194	(00	0.4-		040	7	2	3		(27)	252	253	254	5	6	+
(28)	189	•	191	192			(32		•	219	220	221	222		(37)	l _		254		10	
(29)	196	197	10	11	12	13	4	5	6	/	8	9	10		(38)	259	10	261	12	13	1
			198	199	16		(33			226	227		229			l	•				
14	15	16	1/	18	19	20	1	1 12	2 13	14	15	16	17		15	16	1/	18	19	20	2
(30)	203	•	205	206	207	208	(34		•	233	234	235	236		(39)	266	267	268	269		
21	22	23	<u>24</u>	25	26	27	18			21	22	23	24		22	23	24	25	26	27	2
(31)	210	211	212				(35		239	240	241		243		(40)	273					
28	29	30	31				25	5 26	3 27	28	29	30	31		29	30					
			тов		<u> </u>	*22	_	_	_	VEME		<u> </u>	*21	, ,		_		СЕМЕ			_
DIM (40)	LUN	MAR	MER 275	JEU 276	VEN 277	SAM 278	DIN (44		MAR	MER	JEU	VEN 305	SAM 306		DIM (49)	LUN 336	MAR 337	MER 338	JEU 339	VEN	
/		4					,,,					4			4			١.		6	
(41)	280	281	282	283	4	5 285	(45) 30	309	310	311	4	313		(50)	343	3	345	5	347	
_		_		١. ـ	1 1		'									_	10				
6	287	8	289	10	291	12	3			317	7	319	320		(51)	350	10 351	352	12	13	-
		4 -		l							l		١. ـ			l				000	
	14	15	16	17	<u>18</u>	19	10			13	14	15	16		15	16	17	18	19	20	2
13		1 795	296	297		299	(47	32:	323	324	325		327		(52)	357		359	360	361	
(43)					~-	00						0-	0-		00	00	0.4	0-	00		
	21	22	23	24	25	26	1 (48	7 18		20	21	22	23		22	23 364	24	25	26	27	2

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

DATE DU PAIEMENT DATE - DÉPÔT DIRECT

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

4.6 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) Vacation - Tarif horaire - Per diem

Régie de l'assurance maladie PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT Québec 💀 🚱 SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE **JANVIER** FÉVRIER MER JEU VEN SAM SAM DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM DIM LUN MAR MER JEU VEN 12 13 10 11 (3) (7) (11) 12 13 14 15 16 17 18 19 20 |15|16|17 11|12|13|14|15|16|17 (12) |21 |22 |23 |24 |25 |26 |27 18 19 20 21 22 23 24 18 19 20 21 22 23 24 (5) (9) (13) 85 28 29 30 31 25 26 27 28 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 DIM LUN MAR VEN DIM LUN DIM LUN MAR MER MER JEU SAM (18) (14) (15)9 |10|11|12|13|14 9 |10|11|12 10|11|12|13|14|15|16 15|16|17|18|19|20|21 13|14|15|16|17|18|19 (17) (25) 169 22 23 24 25 26 27 28 20 21 22 23 24 25 26 17 18 19 20 21 177 178 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 29 30 27 28 29 30 31 *21 *23 *19 JUILLET AOÛT SEPTEMBRE DIM MAR MER JEU VEN SAM DIM LUN MAR MER VEN SAM LUN MAR MER JEU SAM VEN JEU 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 9 | 10 | 11 (37) • (33) 10 11 12 13 14 15 15 16 17 18 19 20 21 12 13 14 15 16 17 18 (38) 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 18 19 20 21 22 19|20|21|22|23|24|25 16|17 • • (39) **23** 29 30 31 24 25 26 27 28 29 26 27 28 29 30 31 *22 *22 *17 DIM LUN MAR MER JEU VEN DIM LUN MAR MER JEU VEN SAM SAM DIM LUN MAR MER JEU SAM (44) |10|11|12|13 9 10 (50) (46) 14|15|16|17|18|19|20 |13|14|15|16|17 13 14 15 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 18 19 20 21 22 23 24 16|17 18 19 20 21 (44) 28 29 30 31 25 26 27 28 29 31 25 26 27 28 29 |25||26||27||28||29||30

DATE DU PAIEMENT DATE - DÉPÔT DIRECT

4.6 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) Vacation - Tarif horaire - Per diem

Régie de		
l'assurance maladie	n)c	
Québec	-No.	- Ar
Quebec	\$	-\$4

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2019

		J	ANVIE	R		*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)		•	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
(2)	7	8	9	10		12
6	7	8	9	10	11	12
(3)	14	•	16	17	18	19
13	14	15	16	17	18	19
(4)	21	22	23	24		26
20	21	22	23	24	25	26
(5)	28		30	31		
27	28	29	30	31		

			AVRIL			*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	91	92	93	94		96
	4	2	3	4	5	6
			J	4	J	U
(15)	98	•	100	101	102	103
7	8	9	10	11	12	13
(16)	105	106	107	108		110
14	15	16	17	18	19	20
(17)	112	•	114	115	116	117
21	22	23	24	25	26	27
(18)	119	120				
28	29	30				

		J	UILLE	T		*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)	182	•	184	185	186	187
	1	2	3	4	5	6
(28)	189	190	191	192		194
7	8	9	10	11	12	13
(29)	196		198	199	200	201
14	15	16	17	18	19	20
(30)	203	204	205	206		208
	22	23		25	26	27
(31)	210		212			
28	29	30	31			

			00	тові	RE		*22
	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
	(40)		274	275	276		278
			1	2	3	4	5
	(41)	280	•	282	283	284	285
	6	7	8	9	10	11	12
	(42)	287	288	289	290		292
	13	14	15	16	17	18	19
	(43)	294	•	296	297	298	299
17/07	20	21	22	23	24	25	26
292	(44)	301	302	303	304		
32	27	28	29	30	31		

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

FÉVRIER										
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM				
(5)					32	33				
					1	2				
(6)	35	36	37	38		40				
3	4	5	6	7	8	9				
(7)	42	•	44	45	46	47				
10	11	12	13	14	15	16				
(8)	49	50	51	52		54				
17	18	19	20	21	22	23				
(9)	56		58	59						
24	25	26	27	28						

			MAI			*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)			121	122		124
			1	2	3	4
(19)	126		128	129	130	131
5	6	7	8	9	10	11
(20)	133	134	135	136		138
12	13	14	15	16	17	18
(21)	140	•	142	143	144	145
19	20	21	22	23	24	25
(22)	147	148	149	150		
26	27	28	29	30	31	

			AOÛT	•		*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)				213	214	215
				1	2	3
(32)	217	218	219	220		222
4	5	6	7	8	9	10
(33)	224		226	227	228	229
11	12	13	14	15	16	17
(34)	231	232	233	234		236
18	19	20	21	22	23	24
(35)	238		240	241	242	243
25	26	27	28	29	30	31

		NO	VEMB	KE		
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)						306
					1	2
(45)	308	•	310	311	312	313
3	4	5	6	7	8	9
(46)	315	316	317	318		320
10	11	12	13	14	15	16
(47)	322		324	325	326	327
17	18	19	20	21	22	23
(48)	329	330	331	332		334
	1					
24	25	26	27	28	29	30

*21

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

			MARS	;		*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)					60	61
					1	2
(10)	63	64	65	66		68
3	4	5	6	7	8	9
(11)	70	•	72	73	74	75
10	11	12	13	14	15	16
(12)	77	78	79	80		82
17	18	19	20	21	22	23
(13) 24	84	•	86	87	88	89
31	25	26	27	28	29	30

			JUIN			*19
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)						152
						1
(23)	154		156	157	158	159
2	3	4	5	6	7	8
(24)	161	162	163	164		166
9	10	11	12	13	14	15
(25)	168	•	170	171	172	173
16	17	18	19	20	21	22
(26)	175	176	177	178		180
23	24	25	26	27	၁၀	20
30	2 4	25	20	<u></u>	<u> </u>	23

		SEF	PTEME	BRE		*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)	245	246	247	248		250
1	2	3	4	5	6	7
(37)	252	•	254	255	256	257
8	9	10	11	12	13	14
(38)	259	260	261	262		264
15	16	17	18	19	20	21
(39)	266	•	268	269	270	271
22	23	24	25	26	27	28
(40)	273					
29	30					

		DÉ	СЕМВ	RE		*18
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)	336	•	338	339	340	341
1	2	3	4	5	6	7
(50)	343	344	345	346		348
8	9	10	11	12	13	14
(51)	350	•	352	353	354	355
15	16	17	18	19	20	21
(52)	357	358	359	360		362
22	23	24	25	26	27	28
(1)	364	•				
29	30	31				

DATE DU PAIEMENT DATE - DÉPÔT DIRECT

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé, par un code de messages explicatifs dont le texte figure à la dernière page de l'état de compte.

Aucun code: Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

Codes de transactions

- 00- Demande de paiement ou acte ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement ou de l'acte identifié sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement ou acte payé avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement ou acte payé avant appréciation, reparaîtra sur un état de compte subséquent avec un code 10, 11 ou 12.
- 04- Demande de paiement ou acte annulé, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement ou acte reçu, en cours de traitement, reparaîtra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- # 18 Prime de responsabilité / Prime de soutien.
- # 19 Forfait payé selon le groupe de vulnérabilité, le lieu de suivi, le taux de rémunération annexe XII.
 - 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaîtra après traitement sur un état de compte subséquent.
 - 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
 - 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
 - 23- Demande de révision payée à zéro.
- # 28 Révision de la prime de responsabilité / Révision de la prime de soutien.
- # 29 Révision du forfait annuel payé, en fonction des changements survenus en cours de période.
 - 30- Intérêt sur demande de paiement.
 - 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
 - 41- Paiement d'avantages sociaux.
 - 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- # 88 Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
 - 90- Ajustements spéciaux de révision.
 - 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
 - 96- DP (*Demande de paiement*) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avions émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
 - 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
 - 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

MAJ 40 / juin 2009 / 99 15

4.8 MESSAGES EXPLICATIFS

4.8.1 HONORAIRES FIXES

- **001** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 002 Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des dispensateurs des services assurés.
- 003 Le numéro du professionnel est absent, incomplet, non valide ou illisible
- 005 Services dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement à honoraires fixes ou à salaire.
- 007 Services dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- **009** Veuillez inscrire la lettre « **B** » dans la case *C.S.*, lors d'une refacturation.
- **010** La période de facturation est absente, incomplète, non valide ou illisible.
- **012** La durée de la période de facturation excède 7 jours.
- 013 Délai de facturation, refacturation ou révision expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'Entente.
- 014 La période de facturation correspondant aux services rendus est postérieure à la date de réception de votre demande de paiement à la Régie.
- **018** Le nombre d'heures travaillées facturé a été ajusté pour cette date, car il est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévu au contrat ou à l'avis de service en tenant compte du congé demandé.
- 019 Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- # 021 La demande de paiement est retenue, puisque la désignation permettant de rendre une partie des services dans un autre secteur géographique que celui où est situé l'établissement où vous détenez une nomination en ce sens n'a pas été reçue.
 - 022 Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent ou inexistant au fichier des établissements.
 - **023** Demande de paiement retenue, puisque le contrat ou l'avis de service est non conforme ou non reçu pour les services dispensés dans l'établissement concerné.
 - 024 Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
 - **025** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée au contrat ou à l'avis de service.
 - **026** La date (quantième) identifiant un jour de la période a été modifiée afin de la rendre compatible avec les dates de la période de facturation.
 - **027** La période de facturation a été modifiée pour la rendre compatible avec les dates identifiant les jours de la période.
 - 028 Facturation non retenue parce que située à l'extérieur de la période inscrite sur la demande de paiement.
 - **029** La date (quantième) identifiant le jour de la période est absente, incomplète, non valide ou illisible.
 - 030 La date du jour (quantième) pour la remise de temps est absente ou invraisemblable.
 - 031 Facturation non retenue parce que non couverte par un contrat ou un avis de service.
- **# 032** La demande de paiement est refusée, puisque la désignation permettant de rendre une partie des services dans un autre secteur géographique que celui où est situé l'établissement où vous détenez une nomination en ce sens n'a pas été reçue.
 - 033 Votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considéré comme étant terminé.
 - 034 Facturation non retenue parce que vous étiez en assurance invalidité.
 - 035 Facturation non retenue parce que déjà payée.
 - **037** Le congé ne peut être rémunéré car le nombre d'heures travaillées demandé pour cette date est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévues au contrat ou à l'avis de service
 - 038 La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
 - **039** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.

- 048 L'indicateur de plage horaire multiple n'est permis qu'avec les codes d'activités spécifiées.
- Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- **050** L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.
- **051** Les heures demandées sont illisibles, absentes ou non conformes.
- **052** La somme des heures ou des congés demandés pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- **053** Les heures de garde sur place ne sont pas retenues puisque celles facturées avec le code d'activité XXX063 doivent être effectuées en sus de la période régulière d'activités professionnelles. Cependant vos heures de garde peuvent être intégrées dans votre période régulière d'activités professionnelles si vous utilisez le code d'activité XXX132.
- 054 Facturation non retenue parce que la garde en disponibilité vous est payable à l'acte.
- **055** La facturation est en attente de règlement, parce que vous avez facturé un autre code de congé à la même date de service que le code 58, selon la Lettre d'entente n^o 249.
- **056** Les heures de garde sur place sont refusées en partie ou en totalité, puisque celles facturées avec un code d'activité XXX132 doivent être effectuées pendant la période régulière d'activités professionnelles, à l'intérieur du nombre d'heures inscrit sur l'avis de service. Autrement, veuillez utiliser le code d'activité XXX063.
- **058** Lors d'un changement de catégorie, les services relatifs à chacune des catégories au cours d'une même période de facturation doivent être facturés séparément.
- **059** L'avis de service que vous possédez ne vous donne pas droit aux avantages sociaux ni à l'accumulation et à la remise d'heures supplémentaires.
- Les heures de garde ne sont pas retenues, puisque les heures facturées avec le code d'activité XXX063 doivent être effectuées en même temps que les heures travaillées ou avec des codes de congé permis durant la garde ou durant une remise de temps.
- **062** Le total des heures travaillées a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- **064** Le total des jours de congé a été ajusté pour le faire correspondre à votre facturation.
- **065** Le code de congé est absent, inexistant ou non permis.
- Ode de congé de maternité, de paternité ou d'adoption modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 29, 35 ou 36, selon le cas.
- **067** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 27.
- 069 Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période d'assurance invalidité.
- **075** Vous n'êtes pas encore admissible aux régimes d'assurance.
- 077 Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé de maternité.
- 078 Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé sans rémunération autorisée.
- 080 Le montant déclaré à titre de juré ou de témoin est incomplet ou illisible. Veuillez confirmer ce montant.
- 081 Nous récupérons le montant que vous avez reçu pour agir à titre de juré ou de témoin.
- **083** Le code de congé a été modifié pour le code 72 parce que vous êtes en période de retour progressif.
- 084 Un congé facturé en pré-retraite doit toujours être équivalent à une (1) journée complète.
- **085** La prestation d'assurance invalidité a été ajustée pour tenir compte du traitement calculé et des heures travaillées et/ou de la remise de temps et/ou des autres congés.
- **086** Le code de congé a été modifié pour le code 71 parce que votre période d'invalidité est égale ou supérieure à 5 jours.
- **088** La période de retour progressif est limitée à six mois consécutifs.

- 092 Un congé férié ne peut être rémunéré pendant une période d'invalidité qui excède douze (12) mois.
- **095** Le montant déclaré en assurance invalidité est incomplet ou illisible.
- **096** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé spécial pour adoption (code 25).
- 097 Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé spécial pour le résiduel d'un congé de maternité (code 12).
- 098 Votre congé spécial pour le résiduel d'un congé de maternité est considéré comme étant terminé.
- 099 Le code de congé ne peut être facturé en dehors de la période d'admissibilité et/ou d'une façon discontinue.
- 100 Ce code de congé ne peut être facturé. L'utilisation de ce code est réservée à la Régie.
- **101** Ce type de congé peut être facturé uniquement pour les jours ouvrables.
- 102 La somme des heures ou des congés demandés pour la période de facturation est plus grande que le maximum admissible.
- 103 La valeur du jour de congé est invalide. Les valeurs possibles sont 1,00 et 0,50.
- 104 Le maximum de jours de congé par semaine pouvant être facturé est dépassé (maximum = 5 jours).
- 105 Les données relatives au congé facturé, soit le code de congé ou la durée du congé sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 106 La durée du congé demandé a été ajustée pour tenir compte des heures travaillées facturées pour une même date de service.
- 107 Les heures supplémentaires en remise de temps doivent être facturées dans la section des heures supplémentaires.
- **# 155** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- **# 156** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
 - 120 Code de congé modifié pour celui du congé férié, conformément à votre entente.
 - 125 Votre réserve de congés fériés est épuisée.
 - 130 Vous n'avez pas de crédit disponible pour ce type de congé.
 - 200 Codes de congés de vacances modifiés parce que les crédits de vacances reportées sont épuisés.
 - 201 Codes de congés de vacances modifiés parce que les crédits de vacances accumulées sont épuisés.
 - 205 Codes de congés refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de vacances sont épuisés.
 - 246 Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (7 chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
 - 247 Le code de spécialité est absent, illisible, incomplet (2 chiffres), erroné ou inexistant sur la demande de paiement.
 - 250 Codes de congés de perfectionnement (09) modifiés pour des codes de perfectionnement reportés (11) parce que les crédits sont épuisés.
 - 251 Code de congé de perfectionnement modifié pour celui du ressourcement en fonction de votre région de pratique, conformément à votre entente.
 - 252 Le règlement de votre congé de perfectionnement est en attente parce que votre date d'installation en région ne nous est pas connue.
 - 253 Code de congé de ressourcement modifié pour celui de perfectionnement en fonction du solde de vos crédits ou de la région de pratique.
 - 254 Selon l'expertise médicale, les pièces justificatives reçues pour un congé de perfectionnement ou de ressourcement ne sont pas acceptées. Les jours facturés seront refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
 - 255 La Régie refuse la facturation ou la refacturation du perfectionnement ou du ressourcement puisqu'il n'y a pas de preuve d'accréditation par votre fédération.
 - 256 La demande de paiement n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.

- 290 Le secteur de dispensation n'est pas permis pour cet établissement.
- 291 Le secteur de dispensation utilisé pour ce code d'activité n'est pas permis.
- 292 Le secteur de dispensation utilisé pour au moins une plage horaire demandée n'est pas permis.
- 293 Le secteur de dispensation n'est pas permis pour cette journée.
- 310 Le secteur de dispensation est absent, incomplet ou illisible.
- 311 Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- 312 Le maximum d'heures permis avec ce secteur de dispensation est dépassé.
- **321** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 322 Le code d'activités inscrit n'est pas prévu à votre contrat ou à votre avis de service.
- 323 Le code d'activités inscrit ne correspond pas à celui autorisé à votre contrat ou à votre avis de service.
- 324 L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- Les données relatives à l'activité facturée, soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 328 Vous n'êtes pas autorisé à facturer ce code d'activité.
- # 337 Votre demande de remboursement de perfectionnement suivi par webdiffusion a été acceptée.
 - 238 Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé car la durée de la formation doit correspondre à une journée (1), soit un minimum de 6 heures, ou une demi-journée (0,5), soit un minimum de 3 heures.
 - **339** L'attestation de présence au cours de formation continue ne précise pas la durée de l'activité de formation suivie.
 - **340** Vous ne détenez pas de nomination d'un établissement responsable d'une UMF ou l'UMF n'est pas adhérente à l'entente particulière sur les UMF.
 - 368 Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
 - **379** La garde sur place n'est pas rémunérée dans ce CLSC, puisqu'il ne fait pas partie des CLSC désignés dans le cadre du réseau de garde intégré.
 - **450** Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire est dépassé. Nous avons donc ajusté les heures en fonction du maximum applicable.
 - 455 Le maximum d'heures autorisé est dépassé.
 - **500** La date de début du congé pour période continue et prolongée est non valide en fonction de la période de facturation. Veuillez refacturer.
 - **501** Les données relatives au congé pour période continue et prolongée, soit la date de début, la date de fin, le code de congé ou la durée, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
 - **506** La durée du congé pour une période continue et prolongée a été modifiée en tenant compte des dates de début et de fin.
 - **507** Facturation non retenue parce que votre demande pour une période continue et prolongée est considérée.
 - 510 Votre congé en période continue et prolongée a été modifié pour tenir compte de votre nouvelle facturation.
 - 511 Le code de congé demandé n'est pas permis en période continue et prolongée.
 - 512 Il s'agit de la dernière demande de paiement générée puisque la date de fin de votre facturation en période continue et prolongée est atteinte.
 - **513** Facturation non retenue afin de la rendre conforme à la modification de votre congé en période continue et prolongée.
 - 514 La facturation de votre congé en période continue et prolongée a été modifiée pour la rendre conforme aux dispositions stipulées à votre entente.
 - **515** Paiement refusé parce que vous n'êtes pas admissible à ce congé.

- 671 Non permis par votre entente.
- 676 Votre congé est refusé puisqu'aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie.
- 677 Le maximum de jours payables pour ce type de congé est atteint.
- 699 Votre congé d'assurance invalidité a été refusé puisque votre invalidité est survenue à la suite d'une maladie dont les symptômes ont fait l'objet d'une consultation médicale et d'un diagnostic confirmant la maladie et cela, avant la prise d'effet des bénéfices aux régimes d'assurances (paragraphe 6.01 c) de l'annexe VI).
- 700 Le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours du début de la période d'invalidité.
- 701 Le certificat médical fourni pour le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus est inacceptable. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 702 Nous n'avons pas reçu le certificat médical demandé pour le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus. La rémunération versée est donc récupérée.
- 703 Conformément à votre entente, les deux premiers jours de toute période d'invalidité au delà de la deuxième au cours de la même année ne sont pas rémunérés (paragraphe 8.02 de l'annexe VI).
- 704 Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement, de ressourcement ou de formation continue sont conformes à l'entente.
- 705 Le congé de perfectionnement, de ressourcement ou de formation continue doit être justifié par des documents pertinents. La rémunération versée pour ces congés sera récupérée si ces pièces ne sont pas reçues dans les 90 jours de la prise dudit congé.
- 706 Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement, de ressourcement ou de formation continue ne sont pas acceptées. Les jours facturés seront refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- **707** Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives pour les congés de perfectionnement, de ressourcement ou de formation continue demandés. La rémunération versée est donc récupérée.
- 708 Facturation de vos congés de perfectionnement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 709 Facturation de vos congés de ressourcement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 710 Le congé de perfectionnement ou de ressourcement a été refusé parce que, conformément à votre entente, vous ne pouvez recevoir aucune autre rémunération pendant une période d'invalidité, avec ou sans période de retour progressif (voir le paragraphe 8.02, alinéa a) iii) de l'annexe VI portant sur les avantages sociaux).
- 711 Le maximum de jours de congés pour visites médicales reliées à la grossesse est atteint. Nous avons donc modifié votre facturation pour un code d'assurance invalidité.
- 712 Ce code de congé doit être utilisé pour visites médicales reliées à la grossesse.
- 713 Le congé pour visites médicales reliées à la grossesse doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 714 Nous n'avons pas reçu le certificat médical justifiant le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse. La rémunération versée est donc récupérée.
- 715 Facturation non retenue parce que le code de congé est relatif à la maternité.
- 716 Le certificat médical reçu justifie le congé pour visite médicale relié à votre grossesse.
- 717 La date indiquée sur la pièce justificative fournie ne correspond pas au quantième facturé.
- 719 Nous récupérons le montant que vous avez reçu à titre de prestations d'assurance emploi ou d'assurance parentale.
- **720** Un congé de maternité ne peut être discontinué plus d'une fois. Nous considérons donc votre congé de maternité terminé.
- 721 La Régie a la responsabilité de rémunérer les trois premières semaines d'un congé de retrait préventif (code 22) en fonction de la date de début de celui-ci. Même si la facturation de la deuxième et de la troisième semaines paraît refusée, celle-ci sera considérée et fera l'objet d'un paiement spécifique.

- # 722 Le nombre maximum de jours payables lors d'un retrait préventif (code 22) est atteint. Cependant, s'il s'agit de la deuxième ou de la troisième semaine de votre congé, la rémunération des jours payables pour cette période fera l'objet d'un paiement spécifique. Au-delà de cette période, la rémunération de votre congé relève de la CNESST.
 - **723** Votre congé pour retrait préventif est considéré comme étant terminé.
 - 724 Congé de retrait préventif modifié pour tenir compte des nouvelles conditions qui s'appliquent.
- **# 725** Votre demande de retrait préventif est en attente des pièces justificatives qui certifient l'acceptation du retrait par la CNESST.
 - 726 La prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusée parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à votre entente.
 - 727 Facturation à l'extérieur de la période de prolongation prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
 - 728 La période de prolongation du congé de maternité, de paternité ou d'adoption est terminée.
 - 729 La facturation d'un congé de retrait préventif (code 22) doit se faire dans la partie détaillée identifiée « Congés » lorsqu'il y a diminution de la période régulière d'activités professionnelles.
 - 730 Votre congé est refusé puisque aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie. Vous devez avoir une autorisation de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, du Conseil des médecins ou du Conseil des dentistes.
 - 734 Conformément à votre entente, vous avez droit à un congé de maternité de 20 semaines dont 12 peuvent être rémunérées.
 - 735 Conformément à votre entente, vous avez droit à un congé de maternité non rémunéré de 20 semaines.
 - **736** Conformément à votre entente, en cas d'interruption de grossesse, le nombre minimal de semaines de grossesse pour avoir droit au congé de maternité est de 20 semaines.
 - 737 Le maximum de jours pouvant être rémunérés pour votre congé de maternité est atteint.
 - 739 Le congé partiel sans rémunération de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusé parce que le nombre d'heures de votre contrat doit être supérieur à 17,5 heures.
 - **746** Facturation à l'extérieur de la période du congé sans rémunération prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
 - 747 Le congé sans rémunération de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considéré comme étant terminé.
 - 748 Le congé sans rémunération relatif à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusé parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à l'entente.
 - 750 La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le professionnel ou son mandataire.
 - **751** La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le représentant de l'établissement.
 - 754 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de ressourcement sont épuisés.
 - 756 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de congés fériés sont épuisés.
 - 757 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de perfectionnement sont épuisés.
 - 761 Votre période d'assurance invalidité est maintenant terminée.
 - **762** Codes de congé en préretraite refusés en partie ou en totalité parce que votre réserve de congés de maladie est épuisée.
 - 763 Modification en partie ou en totalité de votre facturation de codes de congé de préretraite à plein tarif (15), pour des codes de congé de préretraite à demi-tarif (16), en fonction de votre réserve de congés de maladie.
 - 765 Modification en partie ou en totalité de votre facturation de codes de congé de préretraite à demi-tarif (16), pour des codes de congé de préretraite à plein tarif (15), en fonction de votre réserve de congés de maladie.
 - **767** Facturation en attente de règlement parce que les documents requis ne nous sont pas parvenus.
 - **768** Récupération du montant que vous avez reçu pour une rente d'invalidité ou de retraite d'un autre organisme gouvernemental.

- 769 Récupération en partie ou en totalité de certains congés à la suite de l'analyse de vos avantages sociaux.
- 771 Vous n'êtes pas admissible à un congé de maternité puisque vous n'avez pas accumulé les 20 semaines de facturation nécessaires.
- 773 Récupération en partie ou en totalité du montant que vous avez reçu des autres modes de rémunération.
- 774 Les heures en remise de temps ont été diminuées parce que l'accumulation d'heures supplémentaires est insuffisante.
- 775 Les heures supplémentaires accumulées et non utilisées dans le délai prévu vous sont payées conformément à votre entente.
- 776 Votre demande de paiement est annulée parce qu'il n'y a aucune facturation.
- 777 Les heures supplémentaires calculées sont différentes des heures supplémentaires demandées pour accumulation. Nous avons donc considéré les heures calculées et permises pour accumulation.
- **779** Aucune heure supplémentaire n'étant calculée, nous ne pouvons tenir compte de votre demande d'accumulation d'heures supplémentaires.
- **780** Vous ne pouvez facturer ce congé à traitement différé, car la Régie n'a pas obtenu votre contrat d'adhésion à ce régime.
- **781** La date de facturation du congé à traitement différé ne correspond pas à celle prévue à votre contrat d'adhésion à ce régime.
- 782 Votre régime de congé à traitement différé est suspendu pour la période du congé de maternité.
- 783 Assurance invalidité inadmissible durant la période du congé à traitement différé.
- 784 Votre participation au régime de congé à traitement différé est suspendue pour la période d'invalidité.
- **785** Votre contrat d'adhésion au régime de congé à traitement différé est annulé à la suite d'une invalidité de plus de 104 semaines.
- 786 Votre participation au régime de congé à traitement différé est suspendue pour la période du congé sans rémunération.
- **787** Votre contrat d'adhésion au régime de congé à traitement différé est annulé à la suite d'un congé sans rémunération de plus d'un an.
- 788 Les congés qui coïncident avec votre période de congé à traitement différé sont réputés avoir été pris.
- 789 Durant votre congé à traitement différé (code 52), vous ne pouvez facturer de services à honoraires fixes dans le cadre de l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi et de suivi de la clientèle. Cependant, vous pouvez facturer des services à tarif horaire sur une Demande de paiement Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).
- 790 Ce code de congé doit être utilisé pour un congé de paternité seulement.
- 791 Le maximum de jours payables pour un congé de paternité est atteint.
- **792** Le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- **793** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au congé pour adoption de dix (10) semaines (code 25).
- 794 Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au résiduel de congé de maternité (code 12).
- 795 Code de congé modifié car le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- 796 Votre congé pour adoption est considéré comme étant terminé.
- 797 La facturation d'activité ou de remise de temps qui coïncide avec votre période de congé à traitement différé est réputée avoir été prise.
- 800 Les heures de remise de temps supplémentaire sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- **802** La somme remise d'heures supplémentaires est différente du total des heures demandées. Le total remis d'heures supplémentaires a été ajusté en conséquence.
- **803** La remise d'heures supplémentaires doit se prendre selon votre horaire habituel de travail.

- **804** Le nombre d'heures supplémentaires remis ne doit pas dépasser le nombre d'heures prévu par jour à votre avis de service.
- **810** Votre demande d'accumulation d'heures supplémentaires a été répartie sur une autre demande de paiement pour la même période et ce, jusqu'au maximum possible en fonction des heures supplémentaires calculées.
- **811** Demande de paiement révisée afin de permettre l'accumulation d'heures supplémentaires tel que demandé sur une autre demande de paiement de la même période de facturation.
- **812** Demande de paiement révisée pour permettre la répartition des heures supplémentaires calculées sur les demandes de paiement de la même période de facturation.
- 820 Code de congé refusé en partie ou en totalité parce que les crédits de congés additionnels sont épuisés.
- 829 Le maximum de semaines payables en assurance invalidité (104 semaines) est atteint.
- 830 Facturation non retenue parce que vous êtes en congé de préretraite.
- **834** Le comblement de la différence des congés en assurance invalidité n'est plus possible parce que vos congés de maladie accumulés sont épuisés.
- 835 Code de congé d'invalidité modifié conformément à votre entente.
- 836 Votre période de retour progressif est interrompue.
- 837 Codes de congé (72) modifiés parce que la seule valeur permise est de 1.00, par jour facturé.
- **838** Vous n'êtes pas admissible à une période de retour progressif parce que vous ne répondez pas aux critères d'application prévus à votre entente.
- **839** Codes de congé (72) refusés parce que le nombre d'heures d'activités déclarées est égal ou supérieur à la moyenne hebdomadaire de ce congé.
- **840** Votre facturation de congé d'invalidité n'est plus justifiée par votre dernier certificat médical. Veuillez nous en faire parvenir un nouveau.
- **# 841** Nous avons modifié votre code de congé 72 (retour progressif) pour le code 71 (invalidité totale) étant donné que vous n'avez pas inscrit vos heures travaillées. Veuillez refacturer en ajoutant ces heures à votre congé d'invalidité.
 - **842** La valeur de la durée du congé d'assurance invalidité a été ajustée pour tenir compte des autres facturations, pour cette même journée.
 - **843** Congé d'assurance invalidité refusé parce que la somme des heures travaillées et/ou de remise de temps et/ou autres congés est égale ou supérieure à la moyenne applicable pour ce congé.
 - 844 Conformément à votre entente, la facturation des congés est refusée en période de rééducation.
 - 845 Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible à ce type de congé sans rémunération.
 - 846 Codes de congé refusés parce que vous avez déjà bénéficié de ce congé ou d'un type de congé sans rémunération.
 - **847** Votre congé sans rémunération est considéré comme étant terminé.
 - 848 Nous avons mis fin à votre congé sans rémunération pour tenir compte de votre dernière facturation.
 - **849** Code de congé sans rémunération (57) modifié pour un code de congé (20) parce que vous ne répondez plus aux conditions stipulées à votre entente.
 - 850 Vous êtes considéré en congé sans rémunération dans cet établissement.
 - 852 Conformément à votre entente, la facturation des congés est refusée en période de retour progressif.
 - **855** Annulé ou corrigé à votre demande.
 - **857** Demande de paiement endommagée.
 - 859 Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
 - 860 Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
 - 861 Ajustement rétroactif de votre rémunération, à la suite d'une modification à votre entente.
 - **865** Une lettre explicative suivra sous peu.

- 866 Demande de paiement révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation de certains congés.
- 867 Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation des heures supplémentaires.
- 868 Demande de paiement révisée pour rétablir le délai de carence applicable à votre période d'invalidité.
- Bég Demande de paiement révisée pour répartir adéquatement vos heures de congés en tenant compte de votre facturation.
- 870 Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée.
- 874 Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée à la suite de votre demande.
- **877** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée à la suite des changements dans le calcul de votre moyenne de traitement hebdomadaire.
- 878 Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S., en présence de renseignements complémentaires.
- 879 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 880 Honoraires rectifiés conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- **881** À la suite d'une vérification, le montant de rémunération versé à titre de congé pour perfectionnement ou de ressourcement est récupéré, car le montant forfaitaire prévu pour les ateliers du programme de formation en accès adapté (Lettre d'entente n° 249) a été payé pour la même journée.
- **885** Codes de congé de vacances anticipées (32) révisés afin d'appliquer la moyenne hebdomadaire de l'année où ces congés ont été acquis.
- Les crédits accumulés et non utilisés, indiqués dans votre bilan annuel, vous sont payés conformément à votre entente (congés fériés ou vacances).
- **887** À la suite de la fermeture de votre dossier et conformément à l'Entente, certains crédits accumulés vous sont payés tels que les jours fériés, les vacances, les maladies et les heures supplémentaires.
- 888 Demande de paiement ou requête de règlement interne « RRI » révisée à la suite d'une modification à votre contrat ou à votre avis de service.
- 890 Demande de paiement ou requête de règlement interne « RRI » révisée à la suite de la modification de votre dossier concernant vos années d'expérience.
- 891 Conformément à l'article 3.03 de l'Annexe VI, la rémunération du congé férié est réduite.
- **892** Suivant le paragraphe 6.01 de l'Entente particulière en anesthésie, tous les services médicaux fournis entre 7 h et 17 h, un jour pour lequel un médecin demande le paiement d'un *per diem*, sont rémunérés selon le régime C.
- 894 Conformément à l'entente particulière relative à la santé publique, le médecin ne peut demander une majoration de sa rémunération pour les services effectués sur place avec un secteur de dispensation sans la présence d'un des codes d'acte correspondant à la garde en disponibilité en santé environnementale et en maladies infectieuses.
- 900 Le code de localité n'est pas retenu puisqu'aucune activité correspondante n'a été soumise.
- 905 Le code de localité est incomplet, non valide ou illisible.
- **999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

4.8.2 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM - RÉMUNÉRATION MIXTE

- 098 La qualité d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 099 Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 100 Le numéro du professionnel est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 101 Le numéro du professionnel est absent au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 102 Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 103 Services dispensés alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir paiement de la Régie.
- 104 Selon nos informations, les services ont été dispensés lorsque vous n'étiez pas admissible à être payé à la vacation ou au tarif horaire.
- 105 Seul l'original d'une demande de paiement peut être accepté
- 115 La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie d'un programme de perfectionnement.
- 125 L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée à l'avis de service.
- 135 La journée facturée vous est refusée parce qu'elle ne figure pas sur l'attestation fournie.
- 143 Les pièces justificatives sont non conformes.
- 150 Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 151 Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 153 Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et selon les renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 154 La rémunération au quart (1/4) du taux de la vacation pour les heures de garde non faites sur place est incluse dans le montant versé pour le code d'activité 008139.
- 155 Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- 156 Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
- 160 La signature du professionnel de la santé est absente. Veuillez refacturer.
- 161 La signature du représentant de l'établissement est absente. Veuillez refacturer.
- 162 Les signatures du professionnel de la santé et du représentant de l'établissement sont absentes. Veuillez refacturer.
- 163 La demande de paiement n'est pas dûment signée par le professionnel.
- 164 La demande de paiement n'est pas dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 165 La demande de paiement n'est pas dûment signée ni par le professionnel ni par le représentant de l'établissement.
- 166 La signature du professionnel de la santé est absente de la demande de remboursement des frais de déplacement, veuillez refacturer.
- 167 La demande de remboursement des frais de déplacement n'est pas dûment signée par le professionnel.
- L'envoi électronique de cette demande de paiement n'est pas permis durant la période où votre droit de transmission pour ce mode de rémunération est suspendu. Veuillez refacturer en utilisant la version papier de la demande de paiement ou les services en ligne.
- 170 La demande de paiement a été signée par une autre personne que le professionnel ou le mandataire autorisé.

- 171 La signature du professionnel ou du mandataire est en caractères d'imprimerie. Seule une signature manuscrite est conforme au règlement.
- La signature du mandataire est non conforme, car elle ne peut pas être représentée par un numéro ou par un nom de société. Le mandataire doit apposer sa propre signature manuscrite.
- 173 La signature de l'établissement est non conforme, car vous ne pouvez pas signer vos demandes de paiement à titre de représentant de l'établissement. Selon nos dossiers, vous n'êtes pas un signataire autorisé dans cet établissement.
- 174 Selon nos dossiers, le signataire n'est pas inscrit au registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé que détient la Régie.
- 175 La signature du représentant de l'établissement est en caractères d'imprimerie. Seule une signature manuscrite est conforme au règlement.
- 200 Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- 201 Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 202 Le numéro d'établissement est inexistant au moment de la période de facturation.
- 203 L'identification de l'établissement est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 204 Les services ne peuvent vous être payés dans cet établissement parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- **205** Les services sont non assurés.
- 206 Les services pour lesquels vous demandez paiement n'ont pas été dispensés.
- **290** Le secteur de dispensation n'est pas permis pour cet établissement.
- 291 Le secteur de dispensation utilisé pour ce code d'activité n'est pas permis.
- 292 Le secteur de dispensation utilisé pour au moins une plage horaire réclamée n'est pas permis.
- 293 Le secteur de dispensation n'est pas permis pour cette journée.
- 298 Les services dispensés à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- **299** La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300 La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 301 La date du début de la période de facturation n'est pas un dimanche et/ou la date de fin de période de facturation n'est pas un samedi.
- **302** La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- **303** La période de facturation a été ajustée selon le calendrier de facturation des honoraires forfaitaires.
- 305 La durée de la période de facturation excède la limite permise.
- **306** L'avis de service avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- **309** Date des services postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- # 310 La demande de paiement est refusée, puisque la désignation permettant de rendre une partie des services dans un autre secteur géographique que celui où est situé l'établissement où vous détenez une nomination en ce sens n'a pas été reçue.
 - 312 Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas couverts par un avis de service.
 - Les services dispensés à cette date, dans cet établissement ne peuvent être reliés à un groupe de médecine de famille (GMF).
 - 314 Les services ont déjà été payés.
 - 315 Le délai de facturation ou de refacturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou l'Entente.
 - 316 Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas autorisés en mode de rémunération mixte.

- 317 Le secteur de dispensation n'est pas indiqué, est incomplet ou illisible.
- 318 Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- 319 À la suite d'une décision administrative, nous avons modifié certains secteurs de dispensation afin d'appliquer adéquatement l'Entente. À compter d'aujourd'hui, nous ne ferons plus ce changement.
- 321 L'activité identifiée par le code n'est pas prévue à l'avis de service.
- 322 Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 323 L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 324 Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 325 L'activité identifiée par le code n'est pas prévue au contrat ou à l'avis de service.
- 326 Les données relatives à l'activité facturée soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 327 Le secteur de dispensation n'est pas valide
- 328 Vous n'êtes pas autorisé à facturer ce code d'activité.
- Le paiement de l'allocation forfaitaire pour la formation continue est refusé car la durée de la formation doit correspondre à une journée (1), soit un minimum de 6 heures, ou une demi-journée (0,5), soit un minimum de 3 heures.
- L'attestation de présence au cours de formation continue ne précise pas la durée de l'activité de formation suivie.
- **347** Le code d'activité doit être autorisé par le comité paritaire.
- 350 Le code d'activité doit être justifié par des notes explicatives.
- 351 Selon vos notes explicatives, la description des services rendus ne correspond pas au code d'activité facturé.
- 352 Les notes explicatives présentées sont insuffisantes.
- 353 Les données inscrites ne sont pas conformes à votre entente.
- **355** Après révision de votre facturation, nous avons modifié le code d'activité afin d'appliquer adéquatement votre entente particulière.
- 356 Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 357 Vous avez facturé un code d'activité qui n'est pas permis pour l'une des plages horaires comprises dans cette plage horaire multiple. Veuillez vous référer aux instructions de facturation de l'Entente et refacturer.
- 359 Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360 Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 361 Heure(s) coupée(s) afin d'obtenir un total divisible par trois (3).
- 363 Le nombre maximum de jours prévu à l'Entente a été dépassé.
- 364 La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365 Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366 Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activité facturé.
- 367 Le maximum d'heures pouvant être facturé dans la plage horaire étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 368 Le nombre maximum d'heures prévu à l'Entente a été dépassé.
- 369 Le maximum d'heures permis avec le secteur de dispensation a été dépassé.
- **370** La plage horaire n'est pas indiquée.
- **371** Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372 Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.

- 373 Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- **374** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375 L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.
- 376 Selon l'accord relatif à votre établissement, le nombre autorisé de médecins de garde en disponibilité pour la plage horaire concernée est dépassé.
- 377 Selon l'accord relatif à votre établissement, le nombre annuel autorisé d'heures de garde en disponibilité est dépassé.
- 378 Selon l'accord relatif à votre établissement, les heures de garde en disponibilité dépassent le nombre prévu.
- **379** La garde sur place n'est pas rémunérée dans ce CLSC, puisqu'il ne fait pas partie des CLSC désignés dans le cadre du réseau de garde intégré.
- 380 Le total des heures facturées dépasse le maximum d'heures autorisées pour cette plage horaire.
- 381 Les heures rattachées à chacune des activités ne sont pas inscrites dans les renseignements complémentaires où les codes d'activité se chevauchent.
- 388 La facturation du code d'activité XXX071 doit s'effectuer à même vos 35 premières heures d'activités hebdomadaires additionnées, s'il y a lieu, de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV. Lorsque ce maximum est atteint, la facturation excédentaire du code XXX071 vous est payée au taux de la colonne 2 ou 3.
- Le nombre hebdomadaire d'heures d'activités régulières prévu à votre contrat est dépassé. Les heures excédentaires sont autorisées et payées selon un nouveau code d'emploi du temps.
- **390** Le nombre hebdomadaire d'heures d'activités en période de garde sur place prévu à votre contrat est dépassé. Les heures excédentaires sont autorisées et payées selon un nouveau code d'emploi du temps.
- **391** Le dépassement d'heures d'activités régulières pour l'année est refusé.
- 392 Le dépassement d'heures d'activités en période de garde sur place pour l'année est refusé.
- 393 Ajout d'une référence à votre facturation pour distinguer les taux de rémunération des heures hebdomadaires de garde sur place permises en vertu des paragraphes 5.02 et 5.03 de l'annexe XIV de votre entente.
- 394 Pour ce code d'activité, le nombre maximal d'heures a été autorisé en fonction de la plage horaire identifiée.
- # 399 Conformément aux frais de déplacement et de séjour, le pourboire facturé relié à un déplacement en taxi dépasse le maximum du pourcentage accepté. L'excédent facturé est non remboursable.
 - **400** Sur la demande de paiement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
 - **401** Sur la demande de remboursement de frais de déplacement, certaines données obligatoires relatives à un déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
 - **402** La date d'arrivée à destination est absente et/ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.
 - **403** L'heure d'arrivée à destination ou de départ est absente ou incompatible avec les heures pour lesquelles le paiement des services professionnels est demandé.
 - 404 Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.
 - **405** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
 - **406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
 - 407 Aucun avis de service avec l'établissement visité n'a été inscrit à votre dossier pour ce déplacement.
 - 408 Aucun service et/ou aucun déplacement ne paraît sur la demande.
 - 409 La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
 - 410 Les frais de déplacement ne peuvent être reliés à aucun service rendu.
 - **411** La distance et/ou le montant réclamé sont manquants sur la demande.

- 412 La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- **413** Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 414 Le montant total des frais a été rectifié.
- 415 Ce déplacement a déjà été payé.
- 416 Les coûts du déplacement sont facturés en dehors de la période de début ou de fin d'emploi.
- 417 Aucun frais de déplacement n'étant acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 418 Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 419 Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ indiquées par le transporteur aérien.
- 420 Le temps de déplacement a été rectifié selon le mode de transport le plus adéquat.
- **421** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- 422 Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 423 Les frais de sortie réclamés sont incompatibles avec les heures réclamées en service professionnel.
- **424** L'acceptation des frais de sortie est conditionnelle à la dispensation de services professionnels avant et après la sortie.
- 425 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 426 Les seuls frais de déplacement remboursables sont ceux payés sur le territoire québécois.
- 427 La demande n'étant pas complètement remplie, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428 Le nombre d'heures de déplacement est absent, incomplet ou illisible.
- 429 Le maximum de l'indemnité accordée pour le temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 430 Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 431 Les frais de déplacement ont été payés selon les pièces justificatives présentées.
- 432 Les coûts de transport ont été payés selon le mode de transport le plus adéquat.
- 433 Certains renseignements des pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.
- 434 Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- **435** Le maximum alloué pour le temps de déplacement, en fonction de la distance unidirectionnelle, est dépassé. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- **437** Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié, veuillez refacturer en utilisant le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988).
- 438 Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables à tarif horaire, mais plutôt à l'acte. Vos pièces justificatives vous seront retournées pour que vous puissiez les joindre à votre formulaire *Demande de paiement Médecin* (1200) lors de la facturation.
- 439 La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère personnel ou nolisé.
- Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.
- 470 La distance totale parcourue ne rencontre pas la norme minimale.
- 471 Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.

- 472 Pour un même établissement, une seule indemnité de déplacement peut être accordée par période de dépannage.
- 473 Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 474 La location d'un véhicule n'est autorisée que pour compléter un trajet entrepris en transport en commun.
- 475 Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 476 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 477 Veuillez nous faire parvenir l'original du billet d'avion et non la facture de l'agence de voyage.
- **479** Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée présente dans l'outil Google Maps.
- **480** Quand vous assistez à une activité de ressourcement dans un territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût de location d'un véhicule ou d'un billet d'avion commercial, jusqu'à concurrence des frais payables pour l'utilisation de votre véhicule personnel.
- **481** Le kilométrage effectué avec la voiture louée n'est pas remboursable par la Régie.
- 483 Les dépenses liées à l'utilisation de votre voiture personnelle ne sont pas payables.
- **485** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transport.
- 503 Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 550 Rectification d'une demande de paiement.
- **551** Annulation d'une demande de paiement payée.
- 552 Rectification d'une demande de remboursement des frais de déplacement déjà payée.
- 553 Annulation d'une demande de remboursement des frais de déplacement déjà payée.
- 554 Révision effectuée sur la base de votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 555 Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- **556** Rectification effectuée à votre demande.
- 557 Rectification d'un paiement. Une lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- **558** Demande de paiement ou demande de remboursement annulée : Les corrections ont été reportées sur votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- **560** Ajustement rétroactif de votre rémunération à la suite de l'application d'une colonne différente du tableau des modificateurs, conformément aux stipulations actuelles de votre entente.
- Les maximums d'heures inscrits aux articles 5.02 et/ou 5.05 de l'annexe XIV de votre entente ont été atteints. Les heures excédentaires vous sont payées au taux de la colonne 3.
- 562 Le maximum d'heures inscrit à l'article 5.02 de l'annexe XIV de votre entente est sur le point d'être atteint. Les heures payées en excédent le seront en colonne 3. Cependant, vous pouvez demander l'autorisation d'obtenir un dépassement du nombre maximum d'heures prévu (art. 5.10).
- Conformément à l'article 5.09 de l'Annexe XIV, les maximums d'heures inscrits aux articles 5.02 et/ou 5.05 ont été ajustés en fonction de la période couverte par votre ou vos avis de service. Les heures excédant les nouveaux maximums vous sont payables aux taux de la colonne 3.
- 600 Nous n'avons pas encore reçu la demande de dépannage du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- **601** Nous n'avons pas reçu votre avis de service.
- 603 L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 604 Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement mutilée.
- Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement non rédigée sur le formulaire approprié.

- **# 610** La demande de paiement est retenue, puisque la désignation permettant de rendre une partie des services dans un autre secteur géographique que celui où est situé l'établissement où vous détenez une nomination en ce sens n'a pas été reçue.
 - **612** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
 - 613 Ajustement rétroactif des modalités de rémunération
 - 614 Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement annulée à votre demande.
 - Annulation d'une demande de paiement ou de remboursement qui vous a été incorrectement payée à cause d'une erreur de numéro du professionnel.
 - **630** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.
 - 631 Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
 - 632 Le délai permis pour une demande de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
 - 633 Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
 - 634 Révision en cours.
 - 635 Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
 - 650 Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
 - 651 Pour faire suite aux communications antérieures.
 - 652 Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
 - 653 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
 - 655 Conformément à la décision obtenue de la Direction nationale de la santé publique, les heures facturées pour une séance de formation ou d'information en lien avec la grippe A (H1N1) ne sont pas payables.
 - 661 Le mode de rémunération est différent de celui prévu à l'avis de service.
 - 663 Un seul mode de tarification est permis par jour.
 - 664 Le mode de rémunération utilisé n'est pas autorisé par cette entente.
 - 666 Ce service n'est pas rémunéré un jour férié.
 - 668 Le temps minimum requis par jour, prévu à l'Entente, n'a pas été atteint.
 - 669 Vous devez avoir travaillé 7 jours consécutifs pour facturer ce forfait.
 - 671 Non permis par votre entente.
 - 673 Celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires relatifs à ce mode de rémunération.
 - 676 Le mode de rémunération est absent, non valide, incomplet ou illisible.
 - 677 Un médecin n'est pas autorisé à facturer au tarif horaire sa garde sur place dans un établissement auquel il est lié par un contrat précisant qu'il touche des honoraires fixes. Veuillez refacturer sur la base des honoraires fixes vos heures de garde sur place.
 - 678 Un médecin, détenant une nomination au mode de rémunération à honoraires fixes dans un établissement, n'est pas autorisé à y facturer au tarif horaire sa garde sur place avec le code d'activité **XXX063**.
 - 679 La facturation du code d'activité XXX270 est permise uniquement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte pour les services rendus dans le cadre de la Lettre d'entente nº 281. Veuillez refacturer le service de garde sur place en utilisant le code d'activité XXX063 ou XXX071.
 - La facturation du code d'activité XXX270 est permise uniquement pour les médecins visés par le paragraphe 1.06 de l'annexe XXII. Veuillez refacturer le service de garde sur place en utilisant le code d'activité XXX063 ou XXX071.
 - 681 Ce service n'est pas rémunéré une fin de semaine.
 - 682 Les services rendus hors du Québec sont non rémunérés à la vacation et à tarif horaire.

- **690** Vous détenez un contrat en mode de rémunération mixte (Annexe XXIII) dans ce secteur d'activité pour cet établissement.
- 703 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 704 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue. Vous pouvez cependant présenter une nouvelle demande de révision indiquant que votre cas doit être soumis à votre fédération ou association, le cas échéant.
- **705** La journée de formation continue doit être justifiée par des documents pertinents. La rémunération versée pour cette journée sera récupérée si ces pièces ne sont pas reçues dans les trois mois de la prise de ladite journée.
- 707 Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives pour la journée de formation continue. La rémunération versée est donc récupérée.
- 800 La valeur du per diem est absente, non valide ou illisible.
- **801** Aucune heure d'activités n'est acceptée pour le quantième.
- 802 Per diem payé sur la demande où les heures ont été acceptées.
- 803 Demi per diem payé sur la demande où les heures ont été acceptées.
- 805 Vous devez obligatoirement nous faire parvenir l'attestation de présence.
- 807 Nombre de per diem maximum déjà payé pour le quantième.
- 810 Nombre de *per diem* maximum déjà payé pour le quantième compte tenu du nombre d'heures d'activités acceptées.
- **811** Seulement un demi *per diem* payé compte tenu que les heures acceptées pour le quantième sont inférieures à 3,5 heures.
- 815 Nombre de demi *per diem* réclamé pour la période dépasse le maximum établi selon vos heures d'activités de la période.
- 817 Nous n'avons pas reçu votre avis de service pour la rémunération mixte.
- 818 Seul un service dispensé un jour ouvrable, selon le calendrier de votre établissement ou de la Régie, est admissible à la rémunération mixte.
- **819** Le numéro de la demande de paiement est absent, incomplet, illisible ou non valide. Cette demande paraît sous le numéro 00011.
- **820** Selon nos dossiers, les services ont été dispensés durant la période où vous étiez inadmissible à recevoir un paiement selon le mode de rémunération mixte.
- **821** La période de facturation est non conforme aux périodes de la rémunération mixte. La période a été ajustée selon le calendrier.
- 822 La nature de service est incompatible avec le code d'emploi du temps de la rémunération mixte.
- **826** Service *per diem* déjà payé (double facturation).
- **828** Pour qu'un *per diem* soit accepté, le total des heures réclamées pour la ligne doit être supérieure ou égal à 3,5 heures.
- 829 Un demi per diem est déjà accepté le même jour pour la même plage horaire.
- 830 Le maximum de per diem qu'il est possible de facturer pour un quantième est dépassé.
- **832** Rectification d'une demande de paiement.
- 833 Demande de paiement déjà payée (double facturation).
- 834 Demande de paiement annulée car aucun service et/ou per diem n'a été réclamé.
- 836 Le total des per diem facturés a été rectifié en fonction du total des per diem calculés par la Régie.
- 839 Demande de paiement annulée : les corrections sont effectuées sur la demande initiale.
- **840** Ce service n'est pas rémunérable la fin de semaine.
- **841** Les pièces reçues pour la journée de formation continue sont inacceptables.
- 842 L'attestation de présence doit être émise par l'organisme qui dispense la formation.

- **843** Ce service a déjà été facturé sur une autre demande de paiement et a servi au calcul des *per diem* payés pour cette période de facturation.
- 846 Conformément à l'entente particulière relative à la santé publique, le médecin ne peut demander une majoration de sa rémunération pour les services effectués sur place avec un secteur de dispensation sans la présence d'un des codes d'acte correspondant à la garde en disponibilité en santé environnementale et en maladies infectieuses.
- 850 Le médecin qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer une journée de formation continue.
- 858 Selon l'information que nous détenons, vous agissiez en tant que directeur de la santé publique pour cette journée. S'il y a eu une modification à votre horaire, veuillez en informer le MSSS et la Régie afin que nous puissions faire les ajustements nécessaires.
- 892 Conformément au paragraphe 6.01 de l'*EP Anesthésie (CHSGS)* (nº 10), tous les services médicaux fournis entre 7 h et 17 h, un jour au cours duquel un médecin demande le paiement d'un *per diem*, sont rémunérés selon le régime C.
- 999 À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.