



MANUEL DES OMNIPRATICIENS BROCHURE N° 2

MISE À JOUR : 52
JUILLET 2018

Veillez 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



TABLE DES MATIÈRES

Page

| | |
|---|----|
| 1.0 HONORAIRES FIXES. | 1 |
| AVANT-PROPOS. | 1 |
| RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE. | 1 |
| 1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (<i>formulaire 1216</i>). | 2 |
| 1.1.1 Description du formulaire. | 3 |
| 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement (<i>parties 1 à 4</i>). | 4 |
| 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement - suite (<i>parties 5 à 7</i>). | 6 |
| 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement - suite (<i>parties 8 et 9</i>). | 10 |
| 1.1.2 Rédaction de la demande de paiement - suite (<i>parties 10 à 13</i>). | 12 |
| # 1.1.3 Exemple de facturation A : CLSC avec majoration. | 16 |
| # 1.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION. | 17 |
| # 1.3 EXPÉDITION. | 18 |
| # 1.4 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS. | 19 |
| # 1.5 CODES DE CONGÉ. | 20 |
| # 1.5.1 Description des codes de congé prévus à l'Entente (<i>annexe VI</i>). | 20 |
| # 1.6 CODES D'ACTIVITÉ. | 22 |
| # 1.7 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (<i>annexe VI de l'Entente</i>). | 36 |
| # 1.7 DESCRIPTION DU BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (<i>9 parties</i>). | 37 |
| # 1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (<i>avantages sociaux, annexe VI de l'Entente</i>). | 38 |
| # 1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (<i>parties 1 à 12</i>). | 39 |
| # 1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (<i>avantages sociaux, annexe VI de l'Entente</i>) (suite). | 40 |
| # 1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (suite) (<i>parties 13 à 16</i>). | 41 |
| # 1.8 ÉTAT DE LA FACTURATION (<i>avantages sociaux, annexe VI de l'Entente</i>) (suite). | 42 |
| # 1.8 DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE LA FACTURATION (suite) (<i>parties 17 à 30</i>). | 43 |
| 2.0 VACATION - TARIF HORAIRE - <i>PER DIEM</i> | 1 |
| AVANT-PROPOS. | 1 |
| RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE. | 1 |
| 2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES (<i>formulaire 1215</i>). | 2 |
| 2.1.1 Description du formulaire (<i>13 parties</i>). | 3 |
| 2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (<i>parties 1 à 4</i>). | 4 |
| 2.1.3 Le mode de rémunération. | 12 |
| 2.1.3.1 Préambule. | 12 |
| 2.1.3.2 Exemple de facturation A : Tarif horaire (<i>TH</i>). | 13 |
| 2.1.3.3 Exemple de facturation B : Garde en disponibilité (<i>santé publique</i>). | 14 |
| 2.1.3.4 Exemple de facturation C : Dépannage - Grand-Nord (<i>per diem</i>). | 15 |
| 2.1.3.5 Exemple de facturation D : Dépannage en obstétrique. | 16 |
| 2.1.3.6 Exemple de facturation E : Dépannage en anesthésie. | 17 |
| 2.1.3.7 Exemple de facturation F : Dépannage - Nunavik (17) et Baie James (18). | 18 |
| 2.1.3.8 Exemple de facturation G : CLSC avec majoration. | 19 |

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| 2.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION. | 20 |
| # 2.3 EXPÉDITION. | 22 |
| # 2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (<i>formulaire 1944</i>). | 22 |
| # 2.5 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (<i>formulaire 1988</i>). | 23 |
| # 2.5.1 Description du formulaire (<i>1988</i>). | 24 |
| # 2.6 CODES D'ACTIVITÉ. | 26 |
| # 2.7 ÉTAT DE LA FACTURATION. | 39 |
| # 2.7 DESCRIPTION DU BILAN (<i>13 parties</i>). | 40 |
| 3.0 RÉMUNÉRATION MIXTE. | 1 |
| 3.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE. | 3 |
| 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT. | 5 |
| 3.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ. | 11 |
| 3.4 SECTEURS DE DISPENSATION. | 11 |
| 3.5 EXPÉDITION. | 12 |
| 3.6 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE. | 12 |
| 3.7 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION. | 13 |
| 3.8 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE. | 15 |
| 3.9 TABLEAU DU POURCENTAGE DES ACTES. | 16 |
| 4.0 PAIEMENT. | 1 |
| 4.1 MODE DE PAIEMENT. | 1 |
| 4.2 DÉLAI DE PAIEMENT. | 1 |
| 4.3 FACTURATION INFORMATISÉE. | 1 |
| 4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence. | 1 |
| 4.4 ÉTAT DE COMPTE. | 2 |
| 4.4.1 Honoraires fixes - 1 ^{re} page de l'état de compte. | 2 |
| 4.4.2 Vacation - Tarif horaire - <i>Per diem</i> : 1 ^{re} page de l'état de compte. | 6 |
| 4.4.3 Vérification des paiements. | 9 |
| 4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT. | 9 |
| 4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé. | 9 |
| 4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement. | 9 |
| 4.5.3 Paiement refusé en partie. | 10 |
| 4.5.4 Paiement refusé en totalité. | 10 |
| 4.5.5 Annulation d'une demande de paiement. | 10 |
| 4.6 A) CALENDRIER DE PAIEMENT - Honoraires fixes. | 11 |

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 [Facturation – Formulaires](#) 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° 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.

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

DEMANDE DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de l'assurance maladie Québec

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE ①

PROFESSIONNEL
PRENOM ② NOM N° DU PROFESSIONNEL C.S. ⑩ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS ⑫

ÉTABLISSEMENT
NOM ③ NUMÉRO

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS ④ SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS

| QUANTIÈME | ACTIVITÉS | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | CONGÉS | | |
|-----------|-----------|----|----|------|------|-----------------|---------------|--------------------|------|-----------------|---------------|--------------------|--------|------|---------------|
| | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | RÉF. | CODE | DURÉE (JOURS) |
| ⑤ | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 40 | | |
| | | | | | 3 | ⑥ | | | 4 | | | | 41 | ⑦ | |
| | | | | | 5 | | | | 6 | | | | 42 | | |
| | | | | | 7 | | | | 8 | | | | 43 | | |
| | | | | | 9 | | | | 10 | | | | 44 | | |
| | | | | | 11 | | | | 12 | | | | 45 | | |
| | | | | | 13 | | | | 14 | | | | 46 | | |
| | | | | | 15 | | | | 16 | | | | 47 | | |
| | | | | | 17 | | | | 18 | | | | 48 | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 49 | | |
| | | | | | 21 | | | | 22 | | | | 50 | | |
| | | | | | 23 | | | | 24 | | | | 51 | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 52 | | |
| | | | | | 27 | | | | 28 | | | | 53 | | |
| | | | | | 29 | | | | 30 | | | | 54 | | |

HEURES SUPPLÉMENTAIRES
ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES : ⑨

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES ⑧

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS

REMISE DE TEMPS (CODE 80) 70 QUANTIÈME HEURES 71 QUANTIÈME HEURES 72 QUANTIÈME HEURES 73 QUANTIÈME HEURES 74 QUANTIÈME HEURES TOTAL DES HEURES DE REMISE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑪

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE
80 DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ ⑬ DURÉE (JOURS) À L'USAGE DE LA RÉGIE

JURÉ OU TÉMOIN
Spécifier la rémunération reçue ⑭ MONTANT \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES ⑯ NOM EN LETTRES MOULÉES
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
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. ⑰ ANNÉE MOIS JOUR

ASSURANCE-INVALIDITÉ
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.
⑮ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

1216 292 18/01

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.

**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)

| DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--------------------|------------------|-----------------------|------|--|------------------|-----------------------|------|------|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | | | | PROFESSIONNEL PRENOM: PIERRE NOM: UNTEL | | | | | N° DU PROFESSIONNEL: 1 8 9 9 9 9 4 | | | | | C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM: Hôpital Laval | | | | | NUMÉRO: 0 2 0 6 8 | | | | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE: A A MOIS: 1 1 JOUR: 1 6 | | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE: A A MOIS: 1 1 JOUR: 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | | | | CONGÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | PLAGE HORAIRE (cocher) NUIT AM PM SOIR | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE | DURÉE (JOURS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | | | | 4 | | | | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 5 | | | | 6 | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 7 | | | | 8 | | | | 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 9 | | | | 10 | | | | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 11 | | | | 12 | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 13 | | | | 14 | | | | 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 15 | | | | 16 | | | | 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 17 | | | | 18 | | | | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 21 | | | | 22 | | | | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 23 | | | | 24 | | | | 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 27 | | | | 28 | | | | 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 29 | | | | 30 | | | | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | | | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCUMULATION | | | | | 60 | | | | | NOMBRE D'HEURES : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | | | | | 70 | | | | | QUANTIÈME | | | | | HEURES | | | | | 71 | | | | | QUANTIÈME | | | | | HEURES | | | | | 72 | | | | | QUANTIÈME | | | | | HEURES | | | | | 73 | | | | | QUANTIÈME | | | | | HEURES | | | | | 74 | | | | | QUANTIÈME | | | | | HEURES | | | | | TOTAL DES HEURES DE REMISE | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | DATE DE DÉBUT | | | | | DATE DE FIN | | | | | CODE DU CONGÉ | | | | | DURÉE (JOURS) | | | | | L'USAGE DE LA RÉGIE | | | | | JURÉ OU TÉMOIN | | | | | MONTANT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | ASSURANCE-INVALIDITÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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

1.1.2 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)

| DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---|---|--|-----------------|----------------------|------------------|-----------------------|-----------|------------------------|----|-----------|--------|----|--|--------------------|------------------|-----------------------|--------|---|-------|--|--|--|---|------|------------------|-------|--|--|--|--|--|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROFESSIONNEL PRENOM | | | | | NOM | | | | | N° DU PROFESSIONNEL | | | | | C.S. | | | | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM | | | | | | | | | | NUMÉRO | | | | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | | | | CONGÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | RÉF. | CODE | DURÉE (JOURS) | | | | | | | |
| 1,7 | | X | | | 1 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0,0 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | 40 | | | | | | | | |
| 1,7 | | | X | | 3 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,7,0,0,0 | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | 41 | | | | | | | | |
| 1,8 | | X | | | 5 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,2,0,0,0 | | | | | | | 6 | 0,0,2,0,3,2 | 0,1 | 0,2,0,0,0 | | | | | | | 42 | | | | | | | | | |
| 1,8 | | | X | | 7 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0,0 | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | 43 | | | | | | | | |
| 1,9 | | X | | | 9 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,2,0,0,0 | | | | | | | 10 | 0,0,2,0,3,2 | 0,1 | 0,1,5,0,0 | | | | | | | 44 | | | | | | | | | |
| 1,9 | | | X | | 11 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,5,0,0,0 | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | | 45 | | | | | | | | |
| 2,0 | | X | | | 13 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0,0 | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | 46 | | | | | | | | |
| 2,0 | | | X | | 15 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,5,0,0,0 | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | 47 | | | | | | | | |
| 2,1 | | | | | 17 | | | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | | 48 | 0,2 | 1,0,0 | | | | | | |
| | | | | | 19 | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | 49 | | | | | | | | |
| | | | | | 21 | | | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | 50 | | | | | | | | |
| | | | | | 23 | | | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | | 51 | | | | | | | | |
| | | | | | 25 | | | | | | | | | | 26 | | | | | | | | | | | 52 | | | | | | | | |
| | | | | | 27 | | | | | | | | | | 28 | | | | | | | | | | | 53 | | | | | | | | |
| | | | | | 29 | | | | | | | | | | 30 | | | | | | | | | | | 54 | | | | | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | | | | | | | | | |
| ACCUMULATION | | | | | 60 | NOMBRE D'HEURES : | | | | | | | | | | 0,3,6,5,0 | | | | | 1,0,0 | | | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | | | | | 70 | QUANTIÈME | HEURES | 71 | QUANTIÈME | HEURES | 72 | QUANTIÈME | HEURES | 73 | QUANTIÈME | HEURES | 74 | QUANTIÈME | HEURES | TOTAL DES HEURES DE REMISE | | | | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | DATE DE DÉBUT | | | | | DATE DE FIN | | | | | CODE DU CONGÉ | | | | | DURÉE (JOURS) | | | | | MONTANT | | | | | | | | | |
| | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRENOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIQUE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRENOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JURÉ OU TÉMOIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spécifier la rémunération reçue | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSURANCE-INVALIDITÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|--|---|---|-----------------|---------------|--------------------|------|------------------------------|---------------|--------------------|------|---------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------------|--------|--|----------|--|-----------|--|--------|--|----|--|-----------|--|--------|--|-----------------------------------|--|--|--|
| PROFESSIONNEL PRENOM _____ | | NOM _____ | N° DU PROFESSIONNEL _____ | C.S. _____ | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM _____ | | NUMÉRO _____ | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS PLAGE HORAIRE (cocher) | | | CONGÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUANTIÈME | NUIT | AM | PM | SOIR | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | 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 | | X | | | 7 | 0 0 2 0 3 0 | 0 1 | 0 4 0 0 | 8 | | | | | 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 9 | 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 | | X | | | 11 | 0 0 2 0 3 0 | 0 1 | 0 5 0 0 | 12 | | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 0 | X | | | | 13 | 0 0 2 0 3 0 | 0 1 | 0 4 0 0 | 14 | | | | | 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 0 | | X | | | 15 | 0 0 2 0 3 0 | 0 1 | 0 5 0 0 | 16 | | | | | 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 1 | | | | | 17 | | | | 18 | | | | | 48 | 0 2 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 21 | | | | 22 | | | | | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 23 | | | | 24 | | | | | 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | | 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 27 | | | | 28 | | | | | 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 29 | | | | 30 | | | | | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | 0 3 6 5 0 | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | | 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCUMULATION | | 60 | | NOMBRE D'HEURES : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | | 70 | | QUANTIÈME | | HEURES | | 71 | | QUANTIÈME | | HEURES | | 72 | | QUANTIÈME | | HEURES | | 73 | | QUANTIÈME | | HEURES | | 74 | | QUANTIÈME | | HEURES | | TOTAL DES HEURES DE REMISE | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | CODE DU CONGÉ | | | DURÉE (JOURS) | | | À L'USAGE DE LA RÉGIE | | | JURÉ OU TÉMOIN | | | MONTANT | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | | | ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | | | | | | | | | | | | Spécifier la rémunération reçue | | | _____ \$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ | | | | | | | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ | | | | | | | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1216 292 18/01

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

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.

| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|-----------|-------------------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|----------------------------|
| ACCUMULATION | 60 | | NOMBRE D'HEURES : | | 0 | | 2 | | 5 | | 0 | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | 70 | QUANTIÈME | HEURES | 71 | QUANTIÈME | HEURES | 72 | QUANTIÈME | HEURES | 73 | QUANTIÈME | HEURES | 74 | TOTAL DES HEURES DE REMISE |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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

| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|-----------|-------------------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|----------------------------|
| ACCUMULATION | 60 | | NOMBRE D'HEURES : | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | 70 | QUANTIÈME | HEURES | 71 | QUANTIÈME | HEURES | 72 | QUANTIÈME | HEURES | 73 | QUANTIÈME | HEURES | 74 | TOTAL DES HEURES DE REMISE |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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*.

| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|-----------|-------------------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|----------------------------|
| ACCUMULATION | 60 | | NOMBRE D'HEURES : | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | 70 | QUANTIÈME | HEURES | 71 | QUANTIÈME | HEURES | 72 | QUANTIÈME | HEURES | 73 | QUANTIÈME | HEURES | 74 | TOTAL DES HEURES DE REMISE |
| | | 1 | 5 | | 7 | 0 | | 1 | 6 | | 3 | 5 | | 1 0 5 0 |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|---------------------|-----------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|--|------------------|--|----|--|---------------------------|--|--|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | DEMANDE DE PAIEMENT | | | | Régie de l'assurance maladie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT | | NOM | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A A 1 1 1 6 | | A A 1 1 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | |
| NUIT AM PM SOIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1 | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 3 | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 5 | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 7 | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 9 | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 11 | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 13 | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 15 | | | | 16 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 17 | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 19 | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 21 | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 23 | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 25 | | | | 26 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 27 | | | | 28 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 29 | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | | | | | | | | | | | |
| ACCUMULATION | | 60 | | NOMBRE D'HEURES : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | | 70 | | QUANTIÈME HEURES | | 71 | | QUANTIÈME HEURES | | 72 | | QUANTIÈME HEURES | | 73 | | QUANTIÈME HEURES | | 74 | | TOTAL DES JOURS DE REMISE | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | CODE DU CONGÉ | | DURÉE (JOURS) | | SIGNATURE DU JURÉ OU TÉMOIN | | MONTANT | | | | | | | | | |
| | | ANNÉE MOIS JOUR | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | Spécifier la rémunération reçue | | 0 2 5 0 0 \$ | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pierre | | | | | | Untel | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | | | | | |
| Pierre Untel | | | | | | | | | | | | A A | | 1 1 | | 2 6 | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jacques | | | | | | Responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | | | | | |
| Jacques Responsable | | | | | | | | | | | | A A | | 1 1 | | 2 6 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 COMPLÉMENTAIRES*, 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 :

| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | CODE DU CONGÉ | DURÉE (JOURS) | À L'USAGE DE LA RÉGIE |
|---|---------------|------|---------|-------------|------|---------|--|--|--|---------------|---------------|-----------------------|
| 80 | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | | | | | | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | | |
| | A | A | 0 4 1 5 | A | A | 0 8 3 0 | | | | 01 | 1 0 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 :

| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | CODE DU CONGÉ | DURÉE (JOURS) | À L'USAGE DE LA RÉGIE |
|---|---------------|------|---------|-------------|------|---------|--|--|--|---------------|---------------|-----------------------|
| 80 | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | | | | | | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | | |
| | A | A | 0 5 0 2 | A | A | 0 5 2 7 | | | | 02 | 0 2 0 | |

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° 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.

1.1.3 Exemple de facturation : CLSC avec majoration

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____ | | DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | Régie de l'assurance maladie Québec | |
| PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____ | | N° DU PROFESSIONNEL _____ | | C.S. _____ | |
| ÉTABLISSEMENT NOM _____ | | NUMÉRO 9 3 4 4 2 | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | |
| CLSC Rimouski-Neigette | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 7 1 1 | | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 7 1 7 | |

| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | CONGÉS | | | | | |
|-----------|------------------------|----|----|------|------|------------------|---------------|--------------------|------|------------------|---------------|--------------------|------|------|---------------|
| QUANTIÈME | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE | DURÉE (JOURS) |
| | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | |
| 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, 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, 6 | | | | X | 7 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 2, 6 | 0, 2, 0, 0 | 8 | | | | 43 | | |
| | | | | | 9 | | | | 10 | | | | 44 | | |
| | | | | | 11 | | | | 12 | | | | 45 | | |
| | | | | | 13 | | | | 14 | | | | 46 | | |
| | | | | | 15 | | | | 16 | | | | 47 | | |
| | | | | | 17 | | | | 18 | | | | 48 | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 49 | | |
| | | | | | 21 | | | | 22 | | | | 50 | | |
| | | | | | 23 | | | | 24 | | | | 51 | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 52 | | |
| | | | | | 27 | | | | 28 | | | | 53 | | |
| | | | | | 29 | | | | 30 | | | | 54 | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|---------------------------|--|
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | |
| ACCUMULATION | 60 | NOMBRE D'HEURES : _____ | | | | | | | | 0 1 6 0 0 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----------------------------|
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | 70 | QUANTIÈME | HEURES | 71 | QUANTIÈME | HEURES | 72 | QUANTIÈME | HEURES | 73 | QUANTIÈME | HEURES | 74 | QUANTIÈME | HEURES | TOTAL DES HEURES DE REMISE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|------|------|-------------|------|------|---------------|--|---------------|----------------|--|--|
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | JURÉ OU TÉMOIN | | |
| 80 | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | CODE DU CONGÉ | | DURÉE (JOURS) | | MONTANT | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | Spécifier la rémunération reçue _____ \$ | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | ASSURANCE-INVALIDITÉ | |
| PRÉNOM EN 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. _____ \$ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | |
| 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. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

1216 292 18/01

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.

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** Au près d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30** Au près d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31** Au près 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 132*) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 41** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42** Au près 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° 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° 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° 1*).

1.3 EXPÉDITION

L'utilisation du bouton « **Transmettre** » du service en ligne [Facturation – Formulaires](#) 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 [Facturation – Formulaires](#) 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

| # | 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 n° 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, 1^o 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)

- 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
- 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

Santé et sécurité au travail (CNESST – Prévention)

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

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

PARTIE GÉNÉRALE (SUITE)**Services gériatriques (paragraphe 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
- 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 physiques en psychiatrie (paragraphe 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins en 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
- 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 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
- 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 (paragraphe 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
- 031132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

PARTIE GÉNÉRALE (SUITE)**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

PARTIE GÉNÉRALE (SUITE)**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

PARTIE GÉNÉRALE (SUITE)**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 - 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

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))**

| | |
|---------------|--|
| XXX015 | Examens relatifs à l'hépatite C |
| XXX025 | Programme de dépistage de cancer du sein |
| 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

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 |

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

| | |
|---------------|--|
| 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 |
| 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 n° 87 – Garde aux points de service de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes****002081** Garde en disponibilité**Lettre d'entente n° 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 n° 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 n° 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° 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 régulière d'activités professionnelles**Lettre d'entente n° 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 n^{os} 78*, 79, 81, 82, 83*, 282* et 283*****002094** Garde en disponibilité (points de service)

* : Professionnels ayant des droits acquis à honoraires fixes.

Accord n° 700**002040** Médecin de service**Accord n° 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 n° 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**051043** Tâches médico-administratives et hospitalières**051068** Encadrement clinique et pédagogique**051069** Activité de supervision# **Accord n° 727****Code d'activité****277297** Télésanté Accord n° 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)
- 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 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 – 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

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
- 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 malades admis

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

- XXX063** Garde sur place
- 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
- 215166** Formation donnée
- 215167** Support en ligne
- 215168** Elaboration 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 »

- 049014** Participation au comité de direction du DRMG
- 049108** Médecin mandaté pour participer à une table locale
- 049109** Médecin participant à un mandat *ad hoc*

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

| HDB3R01 HD64359-LHDB3U/HDB3 | | RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX | | DATE AA-11-06 | PAGE 1 |
|---|------|---|------------|---------------|---------------------|
| NOM: JEAN PRÉNOM: UNTEL ADRESSE: DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7 | | ① NUMÉRO: 0-00000-0 ② Période de référence du AA-05-01 au AA-04-30 (1 an) ③ Statut des crédits et du bilan: FINAL ④ Date de départ: 00-00-00 | | | |
| ***** ANNÉES DE RÉFÉRENCE ***** | | | | | |
| ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ AA-AA | | ⑨ |
| | CODE | UNITÉS | CRÉDITS | CONSOMMÉS | PAYÉS R.A.M.Q. |
| | | | | | SOLDE À REPORTER |
| | | | | | 03-04 CRÉDITS |
| Vacances | | | | | |
| | | Jours | | | |
| | | Jours | | | |
| | | Jours | | | |
| Férié | | | | | |
| | | Jours | | | |
| Perfectionnement | | | | | |
| | | Jours | | | |
| | | Jours | | | |
| Message: Ayant reçu votre première facturation du mois de mai de la nouvelle année de référence nous considérons avoir reçu toute votre facturation pour l'année terminée. Nous estimons donc que ces résultats sont finaux. | | | | | |
| Préparé par: Le service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires. | | | | | |
| Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec un représentant du Service de l'assistance aux professionnels | | | | | |
| Québec..... 643-8210 Montréal 873-3480 Ailleurs au Québec 1 800 463-4776 (Sans frais d'interurbain) | | | | | |

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'Entente.
- 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)

HDB2R01 HD54359L-HDB2U/HDB2

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC
RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT
ÉTAT DE LA FACTURATION
ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-2003

DATE AA-11-06 PAGE

1 NUMÉRO: 0-00000-0

2 NOM: UNTEL
PRÉNOM: JEAN

ADRESSE: DOCTEUR JEAN UNTEL
1125, GRANDE-ALLÉE OUEST
SILLERY (QUÉBEC) G1S 1E7

3

| NUMÉRO ÉTABLIS. | DATE DÉBUT | DATE FIN | HEURES/SEMAINE | CODE DE RÉGION |
|-----------------|------------|----------|----------------|----------------|
| 90552 | 901203 | | 35,00 | A |

4 ***PÉRIODE DE RÉFÉRENCE***
Du AA-05-01 au AA-04-30 (1 an)

5 ***ANNÉES DE SERVICE***
Années de service reconnues au AA-04-30:

6 ***TRAITEMENT HEBDOMADAIRE***

7 Moyenne pour la période du AA-05-01 au AA-09-13:

8 Type de la moyenne du traitement hebdomadaire:
Moyenne des congés maternité/invalidité (art. 1.12)

| 9 **RECHERCHE** | | 10 MAXIMUM DES HEURES ADMISSIBLES | | 11 TOTAL DES HEURES CUMULÉES | |
|-----------------|-----|-----------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| DÉBUT | FIN | BASE | GARDE | BASE | GARDE |
| | | | | | |

Semaines sélectionnées:

| 12.1 ÉTABLIS. | | 12.2 SEMAINE | | 12.3 HEURES | | HEURES | | HEURES | | HEURES | |
|---------------|------|--------------|------|-------------|------|---------|------|---------|------|---------|------|
| SEMAINE | BASE | SEMAINE | BASE | SEMAINE | BASE | SEMAINE | BASE | SEMAINE | BASE | SEMAINE | BASE |
| | | | | | | | | | | | |

SPÉCIMEN

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 HD54359L-HDB2U/HDB2 RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC DATE AA-1106 PAGE 2
RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT
ÉTAT DE LA FACTURATION
ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-2003

NUMÉRO: 0-00000-0
NOM: UNTEL
PRÉNOM: JEAN

(13) *** SOMMAIRE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE ***

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| (13.1) SOLDE AU 30 AVRIL AA | (13.2) ACCUMULATION | (13.3) REMISE | (13.4) SOLDE AU 30 AVRIL AA |
|-----------------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|

(14) ACCUMULATION PAR ÉTABLISSEMENT ET DATE MAXIMUM POUR REMISE:

| | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| (14.1) ÉTABLISSEMENT | (14.2) DATE ACCUMULATION | (14.3) DATE MAXIMUM POUR REMISE | (14.4) HEURES ACCUMULÉES | (14.5) SOLDE |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------|

(15) *** CONGÉ SANS RÉMUNÉRATION ***
Pour la période de référence du AA-05-01 au AA-04-30:

| DESCRIPTION | CODE | DATE DÉBUT | DATE FIN | (15.1) DURÉE DU CONGÉ | (15.2) HEURES PROLONGATION |
|-------------|------|---------------|-------------|--------------------------|----------------------------------|
|-------------|------|---------------|-------------|--------------------------|----------------------------------|

(16) *** SOMMAIRE DES CRÉDITS DE CONGÉS ET DE CONSOMMATION ***
POUR L'ANNÉE DE COMPTABILISATION : 2000-2001

| DESCRIPTION | CODE | UNITÉ DES CRÉDITS | CRÉDITS | CONSOMMATION | SOLDE |
|--|------|----------------------|---------|--------------|-------|
| Vacances annuelles | 02 | Jour | | | |
| Vacances anticipées | 32 | Jour | | | |
| Congé férié annuel/férié en période d'invalidité | 40 | Jour | | | |
| Perfectionnement | 09 | Jour | | | |
| Perfectionnement reporté | 11 | Jour | | | |

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 | HD54359L-HDB2U/HDB2 | RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC | | | | | | | | | | DATE | AA-11-06 | PAGE | 3 | | |
| | | RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ÉTAT DE LA FACTURATION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 20AA-2003 | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO: | | 0-00000-0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM: | | UNTEL | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM: | | JEAN | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***SOMMAIRE DE LA FACTURATION*** (17) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Période du AA-05-01 au AA-04-30 (1 an) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (18) | | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (24) | (25) | (26) | (27) | (28) | (29) | | | | | |
| ---SEMAINE--- | | NUMÉRO | HEURES | | | | | | | | | | CONGÉS | | | | |
| DÉBUT | | FIN | ÉTAB. | NCE | TOTAL | ---SUPPLÉMENTAIRES--- | | ---DE GARDE--- | | JOURS | | HRES. | JOURS | | HRES. | | |
| | | | | | SEMAINE | RÉGUL. | PAYÉES | ACCUM. | REMISES | PLACE | DISPO. | CODE | FACT. | REMU. | CODE | FACT. | REMU. |
| SPÉCIMEN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAUX: (30) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉS UTILISÉS*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODES | | DESCRIPTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | | Maternité | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | Vacances annuelles | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | Perfectionnement | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | Congé férié annuel / férié en période d'invalidité | | | | | | | | | | | | | | | |

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 [Facturation – Formulaires](#) 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 *Formulaire* 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° 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.

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)

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE ①

PROFESSIONNEL
PRÉNOM ② NOM N° DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE C.S. ⑧ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS ⑩

ÉTABLISSEMENT
NOM ③ NUMÉRO PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ④

| QUANTIÈME | ACTIVITÉS | | | | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES |
|-----------|----------------------|------------------------|----|------|------|-----------------|---------------|--------------------|------|-----------------|---------------|--------------------|------|-----------------|---------------|--------------------|
| | MODE DE RÉMUNÉRATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | | | | | | | | | | | |
| | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | |
| | | | | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | |
| | | | | | 7 | | | | 8 | | | | 9 | | | |
| | | | | | 10 | | | | 11 | | | | 12 | | | |
| ⑤ | | | | | 13 | ⑥ | | | 14 | | | | 15 | | | |
| | | | | | 16 | | | | 17 | | | | 18 | | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 21 | | | |
| | | | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | |
| | | | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | |
| | | | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | |
| | | | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | |
| | | | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | |
| | | | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | |
| | | | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | |

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES ⑦

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑨

FRAIS DE DÉPLACEMENT
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 KM MONTANT RÉCLAME

HEURES DE DÉPLACEMENT
NOMBRE ⑪

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ⑫ DATE ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES
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. ⑬ DATE ANNÉE MOIS JOUR

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.

1215 292 18/01

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)

| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2 | | DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|----|--|------|--|--------------------|--|-----------------------|--------------------------------|--------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|--------------------|------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE | | NOM UNTEL | | N° DU PROFESSIONNEL 1 8 9 9 9 9 4 | | N° DU GROUPE | | C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM Hôtel-Dieu de Lévis | | NUMÉRO 0 3 0 0 8 | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 1 5 | | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th rowspan="2">QUAN- TIÈME</th><th rowspan="2">MODE DE RÉMUNÉ- RATION</th><th colspan="4">PLAGE HORAIRE (cocher)</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th></tr><tr><th>NUIT</th><th>AM</th><th>PM</th><th>SOIR</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | QUAN- TIÈME | MODE DE RÉMUNÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | 7 | | | | | 8 | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | 10 | | | | | 11 | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | 13 | | | | | 14 | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | 16 | | | | | 17 | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | 19 | | | | | 20 | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | 22 | | | | | 23 | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | 25 | | | | | 26 | | | | | 27 | | | | | | | | | | | | | 28 | | | | | 29 | | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | 31 | | | | | 32 | | | | | 33 | | | | | | | | | | | | | 34 | | | | | 35 | | | | | 36 | | | | | | | | | | | | | 37 | | | | | 38 | | | | | 39 | | | | | | | | | | | | | 40 | | | | | 41 | | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | 43 | | | | | 44 | | | | | 45 | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | MODE DE RÉMUNÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | | | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 4 | | | | | 5 | | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 7 | | | | | 8 | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 10 | | | | | 11 | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 13 | | | | | 14 | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 16 | | | | | 17 | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 19 | | | | | 20 | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 22 | | | | | 23 | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 25 | | | | | 26 | | | | | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 28 | | | | | 29 | | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 31 | | | | | 32 | | | | | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 34 | | | | | 35 | | | | | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 37 | | | | | 38 | | | | | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 40 | | | | | 41 | | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 43 | | | | | 44 | | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 KM | | MONTANT RECLAMÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1215 292 18/01

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 CONTRÔLE EXTERNE | | DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|---------------------|--|------|--|------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------|------------------|-----------------------|------|----|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|---|--|--|---|-------------|-----|---------|---|--|--|--|---|--|--|--|--|-----|----|--|---|--|---|-------------|-----|---------|---|-------------|-----|---------|---|--|--|--|--|-----|----|--|---|--|---|-------------|-----|---------|---|--|--|--|---|--|--|--|--|-----|----|---|--|--|----|-------------|-----|---------|----|--|--|--|----|--|--|--|--|-----|----|--|---|--|----|-------------|-----|---------|----|--|--|--|----|--|--|--|--|-----|----|---|--|--|----|-------------|-----|---------|----|--|--|--|----|--|--|--|--|-----|--|---|--|--|----|-------------|-----|---------|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|
| PROFESSIONNEL PRÉNOM | | NOM | N° DU PROFESSIONNEL | N° DU GROUPE | C.S. | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM | | NUMÉRO | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">QUAN- TIÈME</th> <th colspan="4">ACTIVITÉS</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> </tr> <tr> <th>MODE DE RÉMUNÉ- RATION</th> <th colspan="3">PLAGE HORAIRE (cocher)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>NUIT</th> <th>AM</th> <th>PM</th> <th>SOIR</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,6</td> <td>VA</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,4,0,0</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,6</td> <td>VA</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>4</td> <td>0,0,2,0,3,2</td> <td>0,1</td> <td>0,2,0,0</td> <td>5</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,2,0,0</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,7</td> <td>VA</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>7</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,6,0,0</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,8</td> <td>VA</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>10</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,4,0,0</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,8</td> <td>VA</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>13</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,3,0,0</td> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,9</td> <td>VA</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>16</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,4,5,0</td> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2,0</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>19</td> <td>0,0,2,0,3,0</td> <td>0,1</td> <td>0,4,5,0</td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>21</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | | | | | QUAN- TIÈME | ACTIVITÉS | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | MODE DE RÉMUNÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | | | 1,6 | VA | X | | | 1 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 2 | | | | 3 | | | | | 1,6 | VA | | X | | 4 | 0,0,2,0,3,2 | 0,1 | 0,2,0,0 | 5 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,2,0,0 | 6 | | | | | 1,7 | VA | | X | | 7 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,6,0,0 | 8 | | | | 9 | | | | | 1,8 | VA | X | | | 10 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 11 | | | | 12 | | | | | 1,8 | VA | | X | | 13 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,3,0,0 | 14 | | | | 15 | | | | | 1,9 | VA | X | | | 16 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,5,0 | 17 | | | | 18 | | | | | 2,0 | | X | | | 19 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,5,0 | 20 | | | | 21 | | | | | | | | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | | | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | | | | | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | | | | | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | | | | | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | | | | | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | | | | | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | | | | | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | |
| QUAN- TIÈME | ACTIVITÉS | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | | | | | | | | | | | | | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MODE DE RÉMUNÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,6 | VA | X | | | 1 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 2 | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,6 | VA | | X | | 4 | 0,0,2,0,3,2 | 0,1 | 0,2,0,0 | 5 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,2,0,0 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,7 | VA | | X | | 7 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,6,0,0 | 8 | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,8 | VA | X | | | 10 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 11 | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,8 | VA | | X | | 13 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,3,0,0 | 14 | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,9 | VA | X | | | 16 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,5,0 | 17 | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2,0 | | X | | | 19 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,5,0 | 20 | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | | | | | 0,3,0,0,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 KM | | MONTANT RÉCLAMÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. </div> <div> ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES 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. </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

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)

| DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|-----------------|---|-----------------|---------------------------------------|---------------|--------------------|------------------------|--|-----------------------------|---|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|--|--|---------------------------|------|------------------------|---------------|---------------------------|-------------|------------------------|---------------|--------------------|----------------------|------------------------|--|---------|--|-------------|----|---|------|--|--|---|--|--|--|---------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|-------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | N° DU GROUPE | | C.S. | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PRÉNOM | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM | | | | | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE | | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">QUANTIÈME</th> <th colspan="4">ACTIVITÉS</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> </tr> <tr> <th>MODE DE RÉMUNÉRATION</th> <th colspan="3">PLAGE HORAIRE (cocher)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>NUIT</th> <th>AM</th> <th>PM</th> <th>SOIR</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | QUANTIÈME | ACTIVITÉS | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | MODE DE RÉMUNÉRATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | | | | | | | 7 | | | | 8 | | | | 9 | | | | | | | | | 10 | | | | 11 | | | | 12 | | | | | | | | | 13 | | | | 14 | | | | 15 | | | | | | | | | 16 | | | | 17 | | | | 18 | | | | | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 21 | | | | | | | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | | | | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | | | | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | | | | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | | | | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | | | | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | | | | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | |
| QUANTIÈME | ACTIVITÉS | | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | | | | | | | | | | | | | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MODE DE RÉMUNÉRATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 7 | | | | 8 | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 10 | | | | 11 | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 13 | | | | 14 | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 16 | | | | 17 | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">FRAIS DE DÉPLACEMENT</th> <th>DATE D'ARRIVÉE</th> <th>HEURE D'ARRIVÉE</th> <th>DISTANCE TOTALE</th> <th>MONTANT RÉCLAMÉ</th> </tr> <tr> <th>CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)</th> <th>CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)</th> <th>ANNÉE MOIS JOUR</th> <th></th> <th>KM</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lévis</td> <td>Beauceville</td> <td>A A 0 6 2 1</td> <td>0 9 0 0</td> <td>0 0 8 0</td> <td>0 6 8 8 0</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | FRAIS DE DÉPLACEMENT | | DATE D'ARRIVÉE | HEURE D'ARRIVÉE | DISTANCE TOTALE | MONTANT RÉCLAMÉ | CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) | CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) | ANNÉE MOIS JOUR | | KM | | Lévis | Beauceville | A A 0 6 2 1 | 0 9 0 0 | 0 0 8 0 | 0 6 8 8 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | | DATE D'ARRIVÉE | HEURE D'ARRIVÉE | DISTANCE TOTALE | MONTANT RÉCLAMÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) | CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) | ANNÉE MOIS JOUR | | KM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lévis | Beauceville | A A 0 6 2 1 | 0 9 0 0 | 0 0 8 0 | 0 6 8 8 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">HEURES DE DÉPLACEMENT</th> <th colspan="2">VUSAGE DE VEHICULE</th> </tr> <tr> <th>NOMBRE</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 1 0 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | HEURES DE DÉPLACEMENT | | VUSAGE DE VEHICULE | | NOMBRE | | | | 0 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | VUSAGE DE VEHICULE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</th> <th colspan="4">ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</th> </tr> <tr> <th colspan="2">PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES</th> <th colspan="2">NOM EN LETTRES MOULÉES</th> <th colspan="2">PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES</th> <th colspan="2">NOM EN LETTRES MOULÉES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Pierre</td> <td colspan="2">Untel</td> <td colspan="2">Jacques</td> <td colspan="2">Responsable</td> </tr> <tr> <td colspan="4">JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.</td> <td colspan="4">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.</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Pierre Untel</i></td> <td colspan="2">A A 0 6 2 6</td> <td colspan="2"><i>Jacques Responsable</i></td> <td colspan="2">A A 0 6 2 6</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | Pierre | | Untel | | Jacques | | Responsable | | 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 L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. | | | | <i>Pierre Untel</i> | | A A 0 6 2 6 | | <i>Jacques Responsable</i> | | A A 0 6 2 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pierre | | Untel | | Jacques | | Responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Pierre Untel</i> | | A A 0 6 2 6 | | <i>Jacques Responsable</i> | | A A 0 6 2 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1215 292 18/01

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 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 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 l'envoi.

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).

2.1.3.3 Garde en disponibilité (*santé publique*) : Voir l'exemple B.

2.1.3.4 Dépannage Grand-Nord (*per diem*) : Voir l'exemple C.

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 CONTRÔLE EXTERNE | | DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|------|--|--|-----------------------|------|--------------------|------------------|---|------------------------------------|--------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| PROFESSIONNEL PRÉNOM | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | N° DU GROUPE | | | | | | | | | | | | | | |
| C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM | | NUMÉRO | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | | | | | | | |
| DÉBUTANT LE DIMANCHE | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | MODE DE RÉMU- NÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) NUIT AM PM SOIR | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | | | | | |
| 1,6 | TH | X | 1 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 2 | | | | 3 | | | | | | | | |
| 1,6 | TH | 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 | TH | X | 7 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 8 | | | | 9 | | | | | | | | |
| 1,7 | TH | X | 10 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,3,0,0 | 11 | | | | 12 | | | | | | | | |
| 1,8 | TH | X | 13 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 14 | | | | 15 | | | | | | | | |
| 1,8 | TH | X | 16 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,3,0,0 | 17 | | | | 18 | | | | | | | | |
| 1,9 | TH | X | 19 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 20 | | | | 21 | | | | | | | | |
| 1,9 | TH | X | 22 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,3,0,0 | 23 | | | | 24 | | | | | | | | |
| 2,0 | TH | X | 25 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,4,0,0 | 26 | | | | 27 | | | | | | | | |
| 2,0 | TH | X | 28 | 0,0,2,0,3,0 | 0,1 | 0,3,0,0 | 29 | | | | 30 | | | | | | | | |
| | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | | | | | |
| | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | | | | | |
| | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | | | | | |
| | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | | | | | |
| | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | 0,3,5,0,0 | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) | | | | | CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITE) | | | | | DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR | | HEURE D'ARRIVÉE | | DISTANCE TOTALE KM | | | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE | | | | | A DOSSAGE DE LA PAGE | | | | | ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | 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. | | | | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| DEMANDE DE PAIEMENT | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|------|--|---------------|---------------------------------------|------|---|---------------|-------------------------------------|------|------------------------|---------------|--------------------|--|
| Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | N° DU GROUPE | | C.S. | | | | | |
| PRÉNOM | | | | | | | | | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | | | | | | | | |
| NOM | | | | | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | |
| | | | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | | | | | |
| | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | |
| | | | | | | A A M M 1 5 | | A A M M 2 1 | | | | | | | |
| QUANTIÉ | MODE DE REMUNÉRATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | |
| 1, 6 | TH | X | 1 | 1, 1, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 5, 0 | 2 | | | | 3 | | | | |
| 1, 6 | TH | | 4 | 1, 1, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 5, 0 | 5 | 1, 1, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 6 | | | | |
| 1, 6 | TH | | 7 | 1, 1, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 6, 3 | 8 | | | | 9 | | | | |
| 1, 7 | TH | X | 10 | 1, 9, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 11 | 1, 9, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 0, 0 | 12 | | | | |
| 1, 7 | TH | | 13 | 1, 9, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 5, 0 | 14 | 1, 9, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 15 | | | | |
| 1, 8 | TH | X | 16 | 1, 8, 5, 0, 2, 9 | | 0, 1, 5, 0 | 17 | | | | 18 | | | | |
| 1, 8 | TH | X | 19 | 1, 8, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 20 | 1, 9, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 0, 0 | 21 | | | | |
| 1, 8 | TH | | 22 | 1, 8, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 5, 0 | 23 | 1, 9, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 24 | | | | |
| 1, 9 | TH | X | 25 | 1, 4, 5, 0, 2, 9 | | 0, 1, 2, 5 | 26 | | | | 27 | | | | |
| 1, 9 | TH | | 28 | 1, 4, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 29 | 1, 4, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 0, 0 | 30 | | | | |
| 2, 0 | TH | 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, 0 | TH | | 34 | 1, 5, 5, 0, 3, 7 | | 0, 3, 5, 0 | 35 | 1, 5, 5, 0, 2, 9 | | 0, 0, 1, 3 | 36 | | | | |
| 2, 1 | TH | X | 37 | 1, 6, 5, 0, 2, 9 | | 0, 3, 0, 0 | 38 | | | | 39 | | | | |
| 1, 5 | TH | X | 40 | 1, 7, 5, 0, 2, 9 | | 0, 3, 0, 0 | 41 | | | | 42 | | | | |
| | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | |
| | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | 0, 3, 9, 9, 2 | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 RÉCLAME | |
| | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | KM | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | |
| | | | | | | | | PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | DATE | | | | 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. | | | | DATE | | | |
| | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|------|--|---------------------|--|------------------------------------|-----------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|--------------------|--|
| PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | N° DU GROUPE | C.S. | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | | | | |
| PRÉNOM | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT | | | | PÉRIODE | | | | | | | | | | | |
| NOM | | | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR A, A, M, M, 1, 5 A, A, M, M, 2, 1 | | | | | | | | | | | |
| QUANTIÈME | MODE DE RÉMUNÉRATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | |
| 1, 5 | TH | <input checked="" type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 1 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 6, 0, 0, 0 | 2 | | | | 3 | | | | |
| 1, 6 | PD | <input type="checkbox"/> NUI <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 4 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0, 0 | 5 | | | | 6 | | | | |
| 1, 6 | PD | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 7 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 5, 0, 0, 0 | 8 | | | | 9 | | | | |
| 1, 7 | PD | <input checked="" type="checkbox"/> NUI <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 10 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 9, 0, 0, 0 | 11 | | | | 12 | | | | |
| 1, 7 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> SOIR | 13 | 0, 0, 9, 0, 8, 1, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0, 0 | 14 | | | | 15 | | | | |
| 1, 8 | PD | <input type="checkbox"/> NUI <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 16 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 3, 0, 0, 0 | 17 | | | | 18 | | | | |
| 1, 8 | PD | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 19 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 6, 0, 0, 0 | 20 | | | | 21 | | | | |
| 1, 8 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> SOIR | 22 | 0, 0, 9, 0, 8, 1, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0, 0 | 23 | | | | 24 | | | | |
| 1, 8 | TH | <input checked="" type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 25 | 0, 0, 9, 0, 8, 1, 0 | 0, 1 | 0, 6, 0, 0, 0 | 26 | | | | 27 | | | | |
| 1, 9 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 28 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0, 0 | 29 | | | | 30 | | | | |
| 1, 9 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 31 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 7, 0, 0, 0 | 32 | | | | 33 | | | | |
| 1, 9 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> SOIR | 34 | 0, 0, 9, 0, 3, 0, 0 | 0, 1 | 0, 2, 0, 0, 0 | 35 | | | | 36 | | | | |
| 2, 0 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 37 | 0, 0, 9, 0, 8, 1, 0 | 0, 1 | 0, 3, 0, 0, 0 | 38 | | | | 39 | | | | |
| 2, 0 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR | 40 | 0, 0, 9, 0, 8, 1, 0 | 0, 1 | 0, 8, 0, 0, 0 | 41 | | | | 42 | | | | |
| 2, 0 | TH | <input type="checkbox"/> NUI <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> SOIR | 43 | 0, 0, 9, 0, 8, 1, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0, 0 | 44 | | | | 45 | | | | |
| | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | 0, 7, 5, 0, 0 | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | KM | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| À L'USAGE DE LA RÉGIE | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |

2.1.3.5 Exemple de facturation D : Dépannage en obstétrique

| DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|----|--|------|--|------------------|------------------------|------|--|------------------|------------------------------------|------|--------------------|------------------|-----------------------|------|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | N° DU GROUPE | | C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES | | | | | | | |
| PRÉNOM | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | | | | | | | | | | |
| NOM | | | | | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | | | |
| C.H. Lac Mégantic | | | | 0 1 1 2 3 | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 1 5 SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 1 | | | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | MODE DE RÉMU- NÉ- RATON | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | |
| | | NUIT | AM | PM | | | | | | | | | | | | | SOIR |
| 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 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 | | | | |
| 1 7 | TH | | X | | 10 | 0 0 9 0 0 6 | | 0 5 0 0 | 11 | | | | 12 | | | | |
| | | | | | 13 | | | | 14 | | | | 15 | | | | |
| | | | | | 16 | | | | 17 | | | | 18 | | | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 21 | | | | |
| | | | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | |
| | | | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | |
| | | | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | |
| | | | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | |
| | | | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | |
| | | | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | |
| | | | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | 0 1 8 0 0 | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| Granby | | | | Lac Mégantic | | | | A A 0 6 1 6 | | 0 8 0 0 | | 0 1 8 7 KM | | 0 9 3 5 0 | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | 0 4 6 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | DATE | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | DATE | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1215 292 18/01

2.1.3.6 Exemple de facturation E : Dépannage en anesthésie

| DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|------|--|------------------|---|------|------------------------|------------------|--|------|-----------------|--|-----------------|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | PROFESSIONNEL PRÉNOM | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | N° DU GROUPE | | C.S. | | | | | |
| | | | | | | | | | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | | | | | | | | |
| C.H. Lac Mégantic | | | | 0 1 1 2 3 | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | | | |
| | | | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | | | | | |
| | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | |
| | | | | | | A A 0 6 1 5 | | A A 0 6 2 1 | | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | MODE DE REMUNÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | | | | |
| 1, 6 | TH | X | 1 | 0, 0, 9, 0, 1, 8 | | 0, 4, 0, 0 | 2 | | | | 3 | | | | |
| 1, 6 | TH | X | 4 | 0, 0, 9, 0, 1, 8 | | 0, 5, 0, 0 | 5 | | | | 6 | | | | |
| 1, 7 | TH | X | 7 | 0, 0, 9, 0, 1, 8 | | 0, 4, 0, 0 | 8 | | | | 9 | | | | |
| 1, 7 | TH | X | 10 | 0, 0, 9, 0, 1, 8 | | 0, 5, 0, 0 | 11 | | | | 12 | | | | |
| | | | 13 | | | | 14 | | | | 15 | | | | |
| | | | 16 | | | | 17 | | | | 18 | | | | |
| | | | 19 | | | | 20 | | | | 21 | | | | |
| | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | |
| | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | |
| | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | |
| | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | |
| | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | |
| | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | |
| | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | |
| | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | |
| | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | | | | |
| | | | | | | | | | | 0, 1, 8, 0, 0 | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| Granby | | | | Lac Mégantic | | | | A A 0 6 1 6 | | 0 8 0 0 | | 0, 1, 8, 7 KM | | 0 9 3 5 0 | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 4 6 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |

1215 292 18/01

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

| DEMANDE DE PAIEMENT | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | |
|---|----------------------|------------------------|------|--|---------------|---------------------------------------|------|------------------------|---------------|---|------|
| Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | N° DU GROUPE | | C.S. | |
| | | PRÉNOM | | | | | | | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES | |
| ÉTABLISSEMENT | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | | | | |
| NOM | | | | | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | |
| Centre de santé Tulattavik | | | | 0, 1, 6, 0, 3 | | DÉBUTANT LE DIMANCHE | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | |
| | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | ANNÉE MOIS JOUR | | | |
| | | | | | | A, A, 0, 2, 0, 2 | | A, A, 0, 2, 0, 8 | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | |
| QUANTIÈME | MODE DE RÉMUNÉRATION | PLAGE HORAIRE (cocher) | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. |
| 0, 3 | PD | X X | 1 | 0, 0, 9, 0, 3, 0 | 3, 6 | 0, 9, 0, 0 | 2 | | | | 3 |
| 0, 3 | PD | X | 4 | 0, 0, 9, 0, 9, 5 | 0, 7 | 0, 8, 0, 0 | 5 | | | | 6 |
| 0, 4 | PD | 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 | 0, 9, 0, 0 | 11 | | | | 12 |
| 0, 5 | PD | X | 13 | 0, 0, 9, 0, 9, 5 | 0, 7 | 0, 3, 0, 0 | 14 | | | | 15 |
| 0, 6 | PD | X | 16 | 0, 0, 9, 0, 3, 0 | 0, 7 | 0, 4, 0, 0 | 17 | | | | 18 |
| 0, 6 | PD | X X X X | 19 | 0, 0, 9, 0, 9, 5 | | 0, 9, 0, 0 | 20 | | | | 21 |
| | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 |
| | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 |
| | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 |
| | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 |
| | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 |
| | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 |
| | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 |
| | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 |
| | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | |
| | | | | | | | | | | 0, 5, 1, 0, 0 | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | |
| CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) | | | | CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) | | | | DATE D'ARRIVÉE | | HEURE D'ARRIVÉE | |
| | | | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | DISTANCE TOTALE | |
| | | | | | | | | | | KM | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | DATE | | ANNÉE | | MOIS JOUR | |
| | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | DATE | | ANNÉE | | MOIS JOUR | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | |

1215 292 18/01

2.1.3.8 Exemple de facturation G : CLSC avec majoration

| DEMANDE DE PAIEMENT | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------|--|------------------|-----------------------|------|---|------------------|--|------------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|--|
| Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | PROFESSIONNEL | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | N° DU GROUPE | | C.S. | | | | | |
| | | PRÉNOM | | | | | | | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE | | CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | | | | |
| CLSC Rimouski-Neigette | | | | 9 3 4 4 2 | | DÉBUTANT LE DIMANCHE | | SE TERMINANT LE SAMEDI | | | | | | | |
| | | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | |
| | | | | | | A A 0 7 1 1 | | A A 0 7 1 7 | | | | | | | |
| QUAN- TIÈME | MODE DE RÉMU- NÉ- RATION | PLAGE HORAIRE (cocher) NUIT AM PM SOIR | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | |
| 1,4 | TH | 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 | 3 | | | | |
| 1,4 | TH | X | 4 | 0,0,2,0,3,0 | 2,4 | 0,2,0,0 | 5 | | | | 6 | | | | |
| 1,6 | TH | X | 7 | 0,0,2,0,3,0 | | 0,4,0,0 | 8 | 0,0,2,0,3,0 | 2,5 | 0,2,0,0 | 9 | | | | |
| 1,6 | TH | X | 10 | 0,0,2,0,3,0 | 2,6 | 0,2,0,0 | 11 | | | | 12 | | | | |
| | | | 13 | | | | 14 | | | | 15 | | | | |
| | | | 16 | | | | 17 | | | | 18 | | | | |
| | | | 19 | | | | 20 | | | | 21 | | | | |
| | | | 22 | | | | 23 | | | | 24 | | | | |
| | | | 25 | | | | 26 | | | | 27 | | | | |
| | | | 28 | | | | 29 | | | | 30 | | | | |
| | | | 31 | | | | 32 | | | | 33 | | | | |
| | | | 34 | | | | 35 | | | | 36 | | | | |
| | | | 37 | | | | 38 | | | | 39 | | | | |
| | | | 40 | | | | 41 | | | | 42 | | | | |
| | | | 43 | | | | 44 | | | | 45 | | | | |
| | | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | 0,1,6,0,0 | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 KM | | MONTANT RÉCLAMÉ | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES DE DÉPLACEMENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | | | NOM EN LETTRES MOULÉES | | | | | | | | | | | |
| JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | | ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES | | NOM EN LETTRES MOULÉES | |
| | | | | | | | | 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. | | | | DATE ANNÉE MOIS JOUR | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |

1215 292 18/01

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** Au près d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30** Au près d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31** Au près 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 n° 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° 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 n° 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 n° 132*) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 41** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42** Au près 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° 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° 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° 1*).

2.3 EXPÉDITION

L'utilisation du bouton « **Transmettre** » du service en ligne [Facturation – Formulaires](#) 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 [Facturation – Formulaires](#) 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
QuébecDEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement.

Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement 1200 ou le 1606 pour le mode SLE.

Professionnel

| | | |
|--------|-----|---------------------|
| PRÉNOM | NOM | N° DU PROFESSIONNEL |
|--------|-----|---------------------|

Déplacement

| | | | | |
|--|---------------------------|------|------|-------|
| CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART | DATE ANNÉE | MOIS | JOUR | HEURE |
| CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) | DATE ANNÉE | MOIS | JOUR | HEURE |
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ | NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT | | | |

VOTRE PROFESSION

- ☐ Dentiste
☐ Médecin omnipraticien
☐ Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

- ☐ Acte
☐ Honoraires forfaitaires
☐ Rémunération mixte
☐ SLE
☐ Tarif horaire
☐ Vacation

Frais de déplacement

| Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés. | | TEMPS DE DÉPLACEMENT | NBRE D'HEURES FACTURÉES | TAUX HORAIRE | MONTANT (CALCULÉ À 100%) | À L'USAGE DE LA RÉGIE |
|--|--------------|----------------------|------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------|
| | | | X | | = | |
| MOYENS DE TRANSPORT | | | | | | |
| ANNÉE | DATE MOIS | JOUR | MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS | DÉTAILS | MONTANT | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | Véhicule personnel | KILOMÉTRAGE | TAUX | |
| | | | | X | | |
| JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES. | | | | | MONTANT TOTAL DES FRAIS | |

Renseignements complémentaires

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Signature du professionnel

| | | |
|--|----------------------------|------|
| Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pour les heures qui ont servi à mon déplacement. | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL | DATE |
|--|----------------------------|------|

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 15/08

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

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.
2. **CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : indiquer votre catégorie de professionnel et spécifier votre mode de rémunération.
3. **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.
4. **FRAIS DE DÉPLACEMENT** : le numéro de la demande de paiement où les services se rapportant à ce déplacement ont été facturés.
5. **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 :
$$\text{kilométrage total (aller-retour)} / 80 \text{ km/h} = \text{durée du déplacement}$$
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*).
8. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande.
9. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

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 **obligatoirement** utiliser le formulaire 1988 dans les situations suivantes :
 - a) 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. **Veillez fournir les originaux lorsque requis.⁽¹⁾**
- 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**.

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

Obligation de transmettre l'original¹ 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'original¹ 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 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**.

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
- 007038** Coordination
- 007047** Exécution
- 007093** Programme pour une maternité sans danger

Mécanisme de dépannage

- 009006** Forfait obstétrique
- 009018** Forfait anesthésie ⁽¹⁾
- 009030** Services cliniques ⁽²⁾
- 009063** Garde sur place (EP - Grand-Nord, Hôpital Chibougamau et *Lettre d'entente n° 105*)
- 009081** Garde en disponibilité (EP - Grand-Nord, Hôpital Chibougamau et *Lettre d'entente n° 58*)
- 009094** Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)
- 009095** Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) (EP - Régions 17 et 18 et C.S. Basse Côte-Nord)
- 009100** Garde en disponibilité (Comité paritaire) (*Accord n° 455*)
- 009112** 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 adhérent et que le médecin opte pour le mode de rémunération y prévalant.

PARTIE GÉNÉRALE (suite)**Services gériatriques (paragraphe 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)
- 101063** Garde sur place
- 101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 101071** 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
- 101080** Participation du médecin de famille
- 101097** Plan d'intervention pour le patient
- 101098** Services de santé durant le délai de carence
- 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
- 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 (paragraphe 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
- 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
- 027071** 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
- 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
- 053070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 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 (paragraphe 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 (paragraphe 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 (paragraphe 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 (paragraphe 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 (paragraphe 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 n° 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 n° 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 n° 188 – Système d'évacuation aéromédicale****016045** Activités d'évacuation aéromédicale**016135** Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes**Lettre d'entente n° 269 – Certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière****XXX158** Services cliniques (grippe)

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**LETTRES D'ENTENTE (suite)**

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 n° 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° 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

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° 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 n° 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 (suite)**ACCORDS****Accord n° 5 concernant les docteurs Georges Touma et Zahi Halem - Chalouhi**

- 002030** Services cliniques
- 002063** Garde sur place

Accord n° 10 – Activités multidisciplinaires, département de psychiatrie, Hôp. Ste-Croix de Drummondville

- 015032** Rencontres multidisciplinaires

Accords n°s 69 et 206 – Services médicaux en centre de détention

- 018030** Services cliniques

Accords n°s 79, 81 et 82

- 002094** Garde en disponibilité (Grand-Nord)

Accord n° 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 n° 257

- 054081** Garde en disponibilité

Accord n° 417

- 061030** Services cliniques

Accord n° 455

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

Accord n° 685

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

Accord n° 700

- 002040** Médecin de service

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**ACCORDS (suite)****Accord n° 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 n° 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

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**ACCORDS (suite)**# **Accord n° 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
- 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

Accord n° 727**Code d'activité**

- 277297** Télésanté Accord n° 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 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
- 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)

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**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 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**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

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**EP 24 – Santé publique**

- XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX025** Dépistage 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 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

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**EP 42 – Médecin enseignant**

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

- 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
- 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
- 205075** 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** Elaboration 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.

| | | | | | | |
|---|------------|---|---|--|--|------------------------------|
| BLC4R01 BLC4135L-BLC4U94 | | RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS À TARIF HORAIRE (annexe XIV) ÉTAT DE LA FACTURATION Période du 20AA-06-01 au 20AA-05-31 1 an) | | DATE AA-10-23 | PAGE 1 | |
| NUMÉRO: 0-00000-0 NOM: UNTEL JEAN ADRESSE: 1125, Grande-Allée Ouest Sillery (Québec) G1S 1E7 | | | | | | |
| ① SEMAINE DU | ② ÉTAB. | ③ NCE | ④ --- COL 1 --- Activités régulières de base --- 71 --- ④.1 ④.2 | ⑤ --- COL 2 --- Garde sur place de base --- 70 --- ⑤.1 ⑤.2 | ⑥ --- COL 3 --- Act. régulières de base --- 71 --- ⑥.1 ⑥.2 Garde sur place de base --- 70 --- ⑥.3 ⑥.4 Dispo. de base ⑥.5 | ⑦ TOTAL HEURES D.P. |
| SPÉCIMEN | | | | | | |
| TOTAL: ⑧ | | | | | | |
| ⑨ SOMMAIRE | CODE | ⑩ --- COL 1 --- | ⑪ --- COL 2 --- | ⑫ --- COL 3 --- | TOTAL | |
| Services cliniques | 2930 | | | | | |
| Rencontr. multidisciplinaires | 2932 | | | | | |
| Garde sur place | 2963 | | | | | |
| Services cliniques | 4130 | | | | | |
| Garde sur place | 4163 | | | | | |
| Services cliniques | 5730 | | | | | |
| Rencontr. multidisciplinaires | 5732 | | | | | |
| Garde sur place | 5763 | | | | | |
| TOTAL: ⑬ | | | | | | |

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.

3.7 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 |
| | 2018-01-07 | 2018-01-20 |
| Février | 2018-01-21 | 2018-02-03 |
| | 2018-02-04 | 2018-02-17 |
| Mars | 2018-02-18 | 2018-03-03 |
| | 2018-03-04 | 2018-03-17 |
| | 2018-03-18 | 2018-03-31 |
| Avril | 2018-04-01 | 2018-04-14 |
| | 2018-04-15 | 2018-04-28 |
| Mai | 2018-04-29 | 2018-05-12 |
| | 2018-05-13 | 2018-05-26 |
| Juin | 2018-05-27 | 2018-06-09 |
| | 2018-06-10 | 2018-06-23 |
| Juillet | 2018-06-24 | 2018-07-07 |
| | 2018-07-08 | 2018-07-21 |
| Août | 2018-07-22 | 2018-08-04 |
| | 2018-08-05 | 2018-08-18 |
| Septembre | 2018-08-19 | 2018-09-01 |
| | 2018-09-02 | 2018-09-15 |
| | 2018-09-16 | 2018-09-29 |
| Octobre | 2018-09-30 | 2018-10-13 |
| | 2018-10-14 | 2018-10-27 |
| Novembre | 2018-10-28 | 2018-11-10 |
| | 2018-11-11 | 2018-11-24 |
| Décembre | 2018-11-25 | 2018-12-08 |
| | 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 |
| Janvier 2019 | 2018-12-23 | 2019-01-05 |
| | 2019-01-06 | 2019-01-19 |
| Février | 2019-01-20 | 2019-02-02 |
| | 2019-02-03 | 2019-02-16 |
| Mars | 2019-02-17 | 2019-03-02 |
| | 2019-03-03 | 2019-03-16 |
| | 2019-03-17 | 2019-03-30 |
| Avril | 2019-03-31 | 2019-04-13 |
| | 2019-04-14 | 2019-04-27 |
| Mai | 2019-04-28 | 2019-05-11 |
| | 2019-05-12 | 2019-05-25 |
| Juin | 2019-05-26 | 2019-06-08 |
| | 2019-06-09 | 2019-06-22 |
| Juillet | 2019-06-23 | 2019-07-06 |
| | 2019-07-07 | 2019-07-20 |
| Août | 2019-07-21 | 2019-08-03 |
| | 2019-08-04 | 2019-08-17 |
| | 2019-08-18 | 2019-08-31 |
| Septembre | 2019-09-01 | 2019-09-14 |
| | 2019-09-15 | 2019-09-28 |
| Octobre | 2019-09-29 | 2019-10-12 |
| | 2019-10-13 | 2019-10-26 |
| Novembre | 2019-10-27 | 2019-11-09 |
| | 2019-11-10 | 2019-11-23 |
| Décembre | 2019-11-24 | 2019-12-07 |
| | 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

| Pourcentage des actes | |
|-----------------------|---|
| % | Services médicaux visés |
| 80 | Tous les services médicaux, à l'exception des examens, visites et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), 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. |
| 100 | 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, 06340, 06357, 06374, 06383, 09351, 09352, 09353, 09360, 09362, 09363, 09419, 09422, 09423, 09436, 09439, 09444, 09446, 09447, 09448, 09449, 09450, 09492, 09493, 09494, 09495 et 09496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. |
| | 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. |
| 100 | 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.

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

4.6 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) Honoraires fixes

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2018

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (5) | | | | 32 | 1 | 2 |
| (6) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (7) | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (8) | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| (9) | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| (10) | 27 | 28 | 29 | 30 | | |

MARS *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (9) | | | | 60 | 1 | 2 |
| (10) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (11) | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (12) | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| (13) | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| (14) | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

AVRIL *20

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

MAI *22

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

JUIN *20

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

JUILLET *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (27) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (28) | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (29) | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| (30) | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (31) | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| (32) | 31 | | | | | |

AOÛT *23

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (31) | | | 213 | 214 | 215 | 216 |
| (32) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (33) | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (34) | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| (35) | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (36) | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| (37) | 31 | | | | | |

SEPTEMBRE *19

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (35) | | | | | | 1 |
| (36) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (37) | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (38) | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| (39) | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| (40) | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| (41) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

OCTOBRE *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (40) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (41) | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| (42) | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| (43) | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (44) | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| (45) | 30 | 31 | | | | |

NOVEMBRE *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (44) | | | | 305 | 306 | 307 |
| (45) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (46) | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (47) | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| (48) | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (49) | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| (50) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

DÉCEMBRE *17

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (48) | | | | | | 1 |
| (49) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (50) | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (51) | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| (52) | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| (53) | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| (54) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

7096 282 1707

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

4.6 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) Honoraires fixes

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2019

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (5) | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (6) | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (7) | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| (8) | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (9) | 56 | 57 | 58 | 59 | | |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |

MARS *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (9) | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (10) | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (11) | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| (12) | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (13) | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

AVRIL *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (14) | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (15) | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (16) | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| (17) | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| (18) | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 |
| 28 | 29 | 30 | | | | |

MAI *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (18) | | | 121 | 122 | 123 | 124 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (19) | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| (20) | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| (21) | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| (22) | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

JUIN *19

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (22) | | | | | | 1 |
| | | | | | | 1 |
| (23) | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (24) | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| (25) | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| (26) | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | | | | | | |

JUILLET *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (27) | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (28) | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (29) | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| (30) | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| (31) | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 |
| 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 | 221 | 222 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (33) | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| (34) | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (35) | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

SEPTEMBRE *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (36) | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (37) | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (38) | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| (39) | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| (40) | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 |
| 29 | 30 | | | | | |

OCTOBRE *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (40) | | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (41) | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (42) | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| (43) | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| (44) | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

NOVEMBRE *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (44) | | | | | 305 | 306 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (45) | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (46) | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| (47) | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (48) | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

DÉCEMBRE *18

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (49) | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (50) | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (51) | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| (52) | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| (1) | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

7096 282 17/07

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

4.6 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) Vacation - Tarif horaire - *Per diem*Régie de
l'assurance maladie

Québec

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

2018

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (5) | | | | 32 | 33 | 34 |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| (6) | 36 | 37 | 38 | 39 | ▼ | 41 |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (7) | 43 | ● | 45 | 46 | 47 | 48 |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| (8) | 50 | 51 | 52 | 53 | ▼ | 55 |
| | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (9) | 57 | ● | 59 | | | |
| | 25 | 26 | 27 | 28 | | |

MARS *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (9) | | | | 60 | 61 | 62 |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| (10) | 64 | 65 | 66 | 67 | ▼ | 69 |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (11) | 71 | ● | 73 | 74 | 75 | 76 |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| (12) | 78 | 79 | 80 | 81 | ▼ | 83 |
| | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (13) | 85 | ● | 87 | 88 | 89 | 90 |
| | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

AVRIL *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (14) | 92 | 93 | 94 | 95 | ▼ | 97 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (15) | 99 | ● | 101 | 102 | 103 | 104 |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (16) | 106 | 107 | 108 | 109 | ▼ | 111 |
| | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| (17) | 113 | ● | 115 | 116 | 117 | 118 |
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| (18) | 120 | | | | | |
| | 29 | 30 | | | | |

MAI *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (18) | | 121 | 122 | 123 | ▼ | 125 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (19) | 127 | ● | 129 | 130 | 131 | 132 |
| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| (20) | 134 | 135 | 136 | 137 | ▼ | 139 |
| | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| (21) | 141 | ● | 143 | 144 | 145 | 146 |
| | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| (22) | 148 | 149 | 150 | 151 | | |
| | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

JUIN *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (22) | | | | | ▼ | 153 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (23) | 155 | ● | 157 | 158 | 159 | 160 |
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (24) | 162 | 163 | 164 | 165 | ▼ | 167 |
| | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| (25) | 169 | ● | 171 | 172 | 173 | 174 |
| | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| (26) | 176 | 177 | 178 | 179 | ▼ | 181 |
| | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |

JUILLET *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (27) | 183 | ● | 185 | 186 | 187 | 188 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (28) | 190 | 191 | 192 | 193 | ▼ | 195 |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (29) | 197 | ● | 199 | 200 | 201 | 202 |
| | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| (30) | 204 | 205 | 206 | 207 | ▼ | 209 |
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| (31) | 211 | ● | | | | |
| | 29 | 30 | 31 | | | |

AOÛT *23

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (31) | | | 213 | 214 | 215 | 216 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (32) | 218 | 219 | 220 | 221 | ▼ | 223 |
| | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (33) | 225 | ● | 227 | 228 | 229 | 230 |
| | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| (34) | 232 | 233 | 234 | 235 | ▼ | 237 |
| | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (35) | 239 | ● | 241 | 242 | 243 | |
| | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

SEPTEMBRE *19

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (35) | | | | | | 244 |
| | | | | | | 1 |
| (36) | 246 | 247 | 248 | 249 | ▼ | 251 |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (37) | 253 | ● | 255 | 256 | 257 | 258 |
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (38) | 260 | 261 | 262 | 263 | ▼ | 265 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| (39) | 267 | ● | 269 | 270 | 271 | 272 |
| 23 | | | | | | |
| 30 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |

OCTOBRE *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (40) | 274 | 275 | 276 | 277 | ▼ | 279 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (41) | 281 | ● | 283 | 284 | 285 | 286 |
| | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (42) | 288 | 289 | 290 | 291 | ▼ | 293 |
| | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| (43) | 295 | ● | 297 | 298 | 299 | 300 |
| | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| (44) | 302 | 303 | 304 | | | |
| | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

NOVEMBRE *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (44) | | | | 305 | ▼ | 307 |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| (45) | 309 | ● | 311 | 312 | 313 | 314 |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (46) | 316 | 317 | 318 | 319 | ▼ | 321 |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| (47) | 323 | ● | 325 | 326 | 327 | 328 |
| | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (48) | 330 | 331 | 332 | 333 | ▼ | |
| | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

DÉCEMBRE *17

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (48) | | | | | | 335 |
| | | | | | | 1 |
| (49) | 337 | ● | 339 | 340 | 341 | 342 |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| (50) | 344 | 345 | 346 | 347 | ▼ | 349 |
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (51) | 351 | ● | 353 | 354 | 355 | 356 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| (52) | 358 | 359 | 360 | 361 | ▼ | 363 |
| 23 | | | | | | |
| 30 | 31 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |

7095 292 17107

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

2019

JANVIER *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (1) | | ● | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 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 | 25 | 26 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| (5) | 28 | ● | 30 | 31 | | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

FÉVRIER *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (5) | | | | | 32 | 33 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (6) | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 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 | 53 | 54 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (9) | 56 | ● | 58 | 59 | | |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |

MARS *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (9) | | | | | 60 | 61 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (10) | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 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 | 81 | 82 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| (13) | 84 | ● | 86 | 87 | 88 | 89 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

AVRIL *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (14) | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (15) | 98 | ● | 100 | 101 | 102 | 103 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| (16) | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 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 | | | | |

MAI *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (18) | | | 121 | 122 | 123 | 124 |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (19) | 126 | ● | 128 | 129 | 130 | 131 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| (20) | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 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 | 151 | 152 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

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 | 165 | 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 | 179 | 180 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | | | | | | |

JUILLET *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 | 193 | 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 | 207 | 208 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| (31) | 210 | ● | 212 | | | |
| 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 | 221 | 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 | 235 | 236 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (35) | 238 | ● | 240 | 241 | 242 | 243 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

SEPTEMBRE *20

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (36) | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (37) | 252 | ● | 254 | 255 | 256 | 257 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| (38) | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 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 | | | | | |

OCTOBRE *22

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (40) | | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (41) | 280 | ● | 282 | 283 | 284 | 285 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (42) | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| (43) | 294 | ● | 296 | 297 | 298 | 299 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| (44) | 301 | 302 | 303 | 304 | | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

NOVEMBRE *21

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (44) | | | | | 306 | 307 |
| | | | | | 1 | 2 |
| (45) | 308 | ● | 310 | 311 | 312 | 313 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| (46) | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 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 | 333 | 334 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

DÉCEMBRE *18

| DIM | LUN | MAR | MER | JEU | VEN | SAM |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (49) | 336 | ● | 338 | 339 | 340 | 341 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (50) | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 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 | 361 | 362 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| (1) | 364 | ● | | | | |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

7095 282 17/07

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

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.
- 049** 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° 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.
- 060** 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.
- 066** Code 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.

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.
- 152** 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.
- 168** 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.
- 172** 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.
- 313** 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.
- 338** 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.
- 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.
- 389** 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.
- 442 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.
- 561** 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).
- 565** 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.
- 605** 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.
- 615 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 n° 281*. Veuillez refacturer le service de garde sur place en utilisant le code d'activité **XXX063** ou **XXX071**.
- 680 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)* (n° 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.

