



MANUEL DES OMNIPRATICIENS

BROCHURE N°2

MISE À JOUR : 52

JUILLET 2018

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

- **TABLE DES MATIÈRES**
 - Modifications administratives
Pages : [1](#) et [2](#)
- **1.0 HONORAIRES FIXES - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**
 - Modifications administratives
Pages : [1](#), [2](#), [4](#), [6](#), [10](#), [12](#) à 16, [18](#), [20](#) et [26](#) à 31
 - Paragraphe 1.4 :
 - modification du tableau des jours fériés fixés par la Régie
Page : [19](#)
- **2.0 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM - RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**
 - Modifications administratives
Pages : [1](#), [2](#), [4](#), [6](#), [10](#) à 19, [22](#), [24](#), [29](#), [30](#), [33](#) et [35](#)
- **3.0 RÉMUNÉRATION MIXTE**
 - Paragraphe 3.7 :
 - modification des calendriers des périodes de facturation pour les années 2018 et 2019
 - Paragraphe 3.8 :
 - modification du tableau des jours fériés fixés par la Régie
Pages : [13](#) à 15
- **4.0 PAIEMENT**
 - Paragraphe 4.6 :
 - modification des calendriers de paiement pour les années 2018 et 2019
Pages : [11](#) à 14

- **4.8 MESSAGES EXPLICATIFS**

- **4.8.1 HONORAIRES FIXES**

- Ajout des messages 021 et 032

Page : [1](#)

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

- Ajout des messages 310, 399 et 610

Pages : [2](#), [4](#) et [7](#)

NOTE : Cette mise à jour comprend l'information publiée dans les infolettres suivantes :
231 / 8 novembre 2017, 274 / 8 décembre 2017, 404 / 23 mars 2018,
053 / 11 mai 2018.

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

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

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

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



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 (1988)	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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE (1)	DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT								Régie de l'assurance maladie Québec 																																																																																																																																																																				
PROFESSIONNEL PRÉNOM (2)	NOM	N° DU PROFESSIONNEL	C.S. (10)	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS (12)																																																																																																																																																																									
ÉTABLISSEMENT NOM (3)		NUMÉRO	PÉRIODE DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR (4)	SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																									
ACTIVITÉS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">QUANTIÈME</th> <th rowspan="2">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> </tr> <tr> <th>NUIT</th> <th>AM</th> <th>PM</th> <th>SOIR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><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>7</td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><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>13</td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><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>19</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><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>25</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>									QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	NUIT	AM	PM	SOIR	5		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				CONGÉS
QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.											HEURES TRAVAILLÉES																																																																																																																																																										
									NUIT	AM	PM	SOIR																																																																																																																																																																	
5		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	ACCUMULATION	60	NOMBRE D'HEURES (9)	TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES (8)																																																																																																																																																																									
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								JURÉ OU TÉMOIN																																																																																																																																																																					
80	DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	A VERSER À LA PERSONNE				Spécifier la rémunération reçue (14)	MONTANT																																																																																																																																																																			
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								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.								ANNÉE	MOIS	JOUR																																																																																																																																																																			
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) (15)																																																																																																																																																																													

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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE				DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT										Régie de l'assurance maladie Québec				
PROFESSIONNEL				NOM		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS										
PRENOM PIERRE				UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 1 8 9 9 9 9 4												
ÉTABLISSEMENT				NOM Hôpital Laval		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI								
				NOMBRE 0 2 0 6 8		ANNÉE CETTÉ DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		MOIS A A		JOUR 1 1 1 6		ANNÉE A A		MOIS 1 1 2 2				
ACTIVITÉS																		
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES		RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES		CONGÉS		
	NUIT	AM	PM	SOIR		1					2					RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)
						3					4					40		
						5					6					41		
						7					8					42		
						9					10					43		
						11					12					44		
						13					14					45		
						15					16					46		
						17					18					47		
						19					20					48		
						21					22					49		
						23					24					50		
						25					26					51		
						27					28					52		
						29					30					53		
	HEURES SUPPLÉMENTAIRES				ACCUMULATION				TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				TOTAL DES JOURS DE CONGÉS					
					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				DATE DE DÉBUT				DATE DE FIN				CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		JURÉ OU TÉMOIN	
	80	ANNEE	MOIS	JOUR	ANNEE	MOIS	JOUR									Spécifier la rémunération reçue		
	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE				PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES								MONTANT	
	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								ASSURANCE-INVALIDITÉ	
	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.																	
	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.																	
	(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																	

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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE			DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT								Régie de l'assurance maladie Québec											
PROFESSIONNEL			NOM			N° DU PROFESSIONNEL		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS												
PRÉNOM																						
ÉTABLISSEMENT			NOM			NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE	SE TERMINANT LE SAMEDI											
								CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR							
ACTIVITÉS																						
QUANTIÈME	PLAGE HORAIRES (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES		RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES		CONGÉS						
	NUIT	AM	PM SOIR		0,0,2,0,3,0	0,1		0,4,0,0	2		0,0,2,0,3,2	0,1		0,2,0,0	4		0,0,2,0,3,2	0,1	0,1,5,0	40	0,2,1,0,0	
	X				3	0,0,2,0,3,0		0,1	0,7,0,0		4	0,0,2,0,3,2		0,1	0,2,0,0		6	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	41	
	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		8	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	42	
	X				7	0,0,2,0,3,0		0,1	0,4,0,0		8	0,0,2,0,3,2		0,1	0,2,0,0		10	0,0,2,0,3,2	0,1	0,1,5,0	43	
	X				9	0,0,2,0,3,0		0,1	0,2,0,0		10	0,0,2,0,3,2		0,1	0,2,0,0		12	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	44	
	X				11	0,0,2,0,3,0		0,1	0,5,0,0		12	0,0,2,0,3,2		0,1	0,2,0,0		14	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	45	
	X				13	0,0,2,0,3,0		0,1	0,4,0,0		14	0,0,2,0,3,2		0,1	0,2,0,0		16	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	46	
	X				15	0,0,2,0,3,0		0,1	0,5,0,0		16	0,0,2,0,3,2		0,1	0,2,0,0		18	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	47	
					17																48	0,2,1,0,0
					19																49	
					21																50	
					23																51	
					25																52	
					27																53	
					29																54	
	HEURES SUPPLÉMENTAIRES				ACCUMULATION			NOMBRE D'HEURES :			TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES			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
	RENNSEIGNEMENTS 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																					
	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																					
	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																						
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 CNEST, 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.																						
1216 292 18/01																						

PARTIE 7**Congé**

Indication des congés.

- Code de congé

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

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

Code 34 : Vacances reportées

Code 02 : Vacances accumulées

Code 32 : Vacances anticipées

Le médecin en sera informé par son état de compte.

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

Code 09 : Congé de perfectionnement

Code 11 : Congé de perfectionnement reporté

Le médecin en sera informé par son état de compte.

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

Durée du congé

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

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

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

NUMERO DE CONTRÔLE EXTERNE			DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT						Régie de l'assurance maladie Québec									
PROFESSIONNEL			NOM			N° DU PROFESSIONNEL		C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS									
ÉTABLISSEMENT			NOM			NUMÉRO		PÉRIODE	DÉBUTANT LE DIMANCHE	SE TERMINANT LE SAMEDI								
								ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR					
ACTIVITÉS												CONGÉS						
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIREE (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	0_0_2_0_3_0	0_1	0_4_0_0	2				40					
		X			3	0_0_2_0_3_0	0_1	0_7_0_0	4				41					
			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					
				X	7	0_0_2_0_3_0	0_1	0_4_0_0	8				43					
					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					
					11	0_0_2_0_3_0	0_1	0_5_0_0	12				45					
					13	0_0_2_0_3_0	0_1	0_4_0_0	14				46					
					15	0_0_2_0_3_0	0_1	0_5_0_0	16				47					
					17								48	0_2_1_0_0				
					19								49					
					21				22				50					
					23				24				51					
					25				26				52					
					27				28				53					
					29				30				54					
	HEURES SUPPLÉMENTAIRES												TOTAL DES JOURS DE CONGÉS					
	ACCUMULATION			60	NOMBRE D'HEURES :			TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES			0_3_6_5_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												TOTAL DES JOURS DE CONGÉS					
	CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE												JURÉ OU TÉMOIN					
	80 DATE DE DÉBUT			ANNEE	MOIS	JOUR	DATE DE FIN			ANNEE	MOIS	JOUR	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	Spécifier la rémunération reçue			
	À L'USAGE DE LA RÉGIE												MONTANT					
													\$					
	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.					
	JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.												ANNÉE	MOIS	JOUR			
	(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																	
	ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																	
	PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES						NOM EN LETTRES MOULÉES											
LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNAIRENT AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.												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 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	QUANTIÈME	HEURES	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	QUANTIÈME	HEURES	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	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

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

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.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS					
ÉTABLISSEMENT NOM _____				NOM _____			PÉRIODE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____			SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____			
							CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		A A 1 1 1 6	A A 1 1 2 2					
ACTIVITÉS															
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS		
	NUIT	AM	PM	SOIR	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														
	ACCUMULATION		60 NOMBRE D'HEURES :						TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES						
	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														
	Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin														
	CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE														
	80	DATE DE DÉBUT ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____	DATE DE FIN ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____	CODE DU CONGE	DURÉE (JOURS)				JURÉ OU TÉMOIN			MONTANT			
									Spécifier la rémunération reçue	0,2,50,0 \$					
	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.														
	Pierre Untel				ANNÉE MOIS JOUR										
	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.															
Jacques Responsable				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.															
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)															

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									
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	AVAILABILITÉ DE LA RÉGIE
	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									
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	AVAILABILITÉ DE LA RÉGIE
	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 (CNEST), 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.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS								
ÉTABLISSEMENT NOM CLSC Rimouski-Neigette		NUMERO 9 3 4 4 2	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR	SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR	A A 0 7 1 1 A A 0 7 1 7						
ACTIVITÉS								CONGÉS				
QUANTIÈME	PLAGE HORAIRES (cocher)	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)
1,4	X	1	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	2	0,0,2,0,3,0	2,3	0,2,0,0	40		
1,4	X	3	0,0,2,0,3,0	2,4	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		MONTANT		
80	DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	RÉGIE DE LA RÉGIE		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'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.								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.												

1.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION

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

- 01** Clinique externe
- 02** Moyen séjour
- 03** Courte durée (section générale)
- 04** Longue durée - Soins prolongés
- 05** Unité de soins intensifs
- 06** Unité de soins coronariens
- 07** Service d'urgence
- 08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09** Hôpital de jour
- 10** Hôpital à domicile
- 11** Laboratoire
- 13** Services en gériatrie (dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 23** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 24** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 25** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 26** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 27** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 28** Clinique réseau - Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 29** Auprès d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30** Auprès d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31** Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 32** Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 33** Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 34** Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 35** Service d'urgence d'un établissement (dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 36** Services cliniques dans un territoire désigné (E.P. - RRSSS Nunavik – SSS Baie-James – CS Basse Côte-Nord) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 37** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente 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** Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 0 h à 8 h)
- 43** E.P. - Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée de 20 h à 24 h)
- 44** E.P. - Santé publique (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 45** E.P. - Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)

Remarques : L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Veuillez vous y référer pour faire le lien avec le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre *Brochure n° 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 sabatique (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 (paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 c) 1) – unité de soins en courte durée gériatriques, 2.02 a) 1), 2.02 c) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) - unité de soins de longue durée)**

- 101015** Examens relatifs à l'hépatite C
101030 Services cliniques
101032 Rencontres multidisciplinaires
101043 Tâches médico-administratives et hospitalières
101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
101063 Garde sur place
101070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
101097 Plan d'intervention pour le patient
101098 Services de santé durant le délai de carence
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 (paragraphes 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins en courte durée, 2.02 b) 1) - unité de soins de longue durée)

- 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 (paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))

- 031015** Examens relatifs à l'hépatite C
031030 Services cliniques
031032 Rencontres multidisciplinaires
031043 Tâches médico-administratives et hospitalières
031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
031063 Garde sur place
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°s 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 (proxches, 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. Détenzione 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** Téléassistance 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 Élaboration et évaluation de protocoles ou activités
215169 Garde en disponibilité – Support en ligne

EP 54 - Groupe médecine de famille désigné réseau

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

PROTOCOLES D'ACCORD**Protocole d'accord « CISSS ou CIUSSS »**

- 049038** Coordination (coordonnateur)
049067 Expertise professionnelle (médecin-conseil)
049130 Participation à une réunion
049131 Exécution d'un mandat

Protocole d'accord « DRMG »

- 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: UTEL	(1)	NUMÉRO: 0-00000-0				
ADRESSE: DOCTEUR JEAN UTEL 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7		(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)	
Vacances	CODE	UNITÉS	CRÉDITS	CONSOMMÉS	PAYÉS R.A.M.Q.	SOLDE À REPORTER	03-04 CRÉDITS
Vacances reportées		Jours			
Vacances annuelles		Jours			
Vacances anticipées		Jours			
Férié		Jours					
Congé férié							
Perfectionnement							
Perfectionnement		Jours					
Perfectionnement reporté		Jours					
<i>SPÉCIMEN</i>							
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: PRÉNOM:	UNTEL JEAN										
(2) ADRESSE:	DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST SILLERY (QUÉBEC) G1S 1E7						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)							SPÉCIMEN				
(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)	(10)						(11)				
RECHERCHE DÉBUT	FIN	MAXIMUM DES HEURES ADMISSIBLES BASE GARDE				TOTAL DES HEURES CUMULÉES BASE GARDE					
Semaines sélectionnées:											
(12.1) ÉTABLIS.	(12.2) SEMAINE	(12.3) HEURES GARDE	HEURES BASE		HEURES GARDE		HEURES BASE		HEURES GARDE		

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 RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-2003			DATE AA-1106	PAGE 2
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	(14.6)	
(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				

SPÉCIMEN

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 RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 20AA-2003										DATE AA-11-06		PAGE 3			
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)								
***** HEURES *****														***** CONGÉS *****					
--SEMAINE--	NUMÉRO	TOTAL	--SUPPLÉMENTAIRES--	-- DE GARDE--	JOURS	HRES.	JOURS	HRES.											
DÉBUT	FIN	ÉTAB.	NCE 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 *Formulaires* de la section réservée à sa profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 15 avril 20AA s'écrit AA-04-15.

S

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon les modes de la vacation, du tarif horaire et du *per diem*. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consulter les annexes XII et XII-A de l'*Entente* dans la *Brochure n° 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)

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.

2.1.1 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 4	N° DU GROUPE	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS						
ÉTABLISSEMENT		NOM Hôtel-Dieu de Lévis		NUMÉRO 0 3 0 0 8		PÉRIODE			DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI			
						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	ANNÉE A A	MOIS 0 6	JOUR 1 5	ANNÉE A A	MOIS 0 6	JOUR 2 1			
ACTIVITÉS	QUANTIÈME	MODÈLE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher) NUIT AM PM SOIR	RÉF. 1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 34 37 40 43	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF. 2 5 8 11 14 17 20 23 26 29 32 35 38 41 44	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF. 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
SPÉCIMEN															
TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES															
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		MONTANT RÉCLAMÉ 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	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.															

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)

NOMBRE 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 ANNEXES																			
												A																				
ÉTABLISSEMENT			NOM			NUMÉRO			PÉRIODE			DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI																	
									CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE			ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR															
ACTIVITÉS																																
QUANTIÈME	MODÈLE 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																
		NUIT	AM	PM													SOIR															
1_6	V A	X	1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2						3																			
1_6	V A	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	V A	X	7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,6,0,0	8						9																			
1_8	V A	X	10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	11						12																			
1_8	V A	X	13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	14						15																			
1_9	V A	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																			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,3,0,0,0																
FRAIS DE DÉPLACEMENT															CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)			CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)			DATE D'ARRIVÉE			DISTANCE TOTALE			MONTANT RÉCLAMÉ					
																											KM					
HEURES DE DÉPLACEMENT															NOMBRE			PÉRIODE			DATE			HEURE			MONTANT					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE															NOM EN LETTRES MOULEEES			NOM EN LETTRES MOULEEES			DATE			HEURE			MONTANT					
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.															DATE			ANNÉE			MOIS			JOUR			MONTANT					
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT															NOM EN LETTRES MOULEEES			NOM EN LETTRES MOULEEES			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)

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 ANNEXES							
PRENOM							1							
ÉTABLISSEMENT		NOM		NUMÉRO	PÉRIODE	DÉBUTANT LE DIMANCHE	SE TERMINANT LE SAMEDI							
					CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR							
ACTIVITÉS														
QUANTITÉME	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				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														
SPÉCIMEN														
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				
Lévis		Beauceville		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	KM	ANNÉE	MOIS	JOUR	
HEURES DE DÉPLACEMENT														
NOMBRE		0 1 0 0												
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE							ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT							
PRÉNOM EN LETTRES MOULEES		NOM EN LETTRES MOULEES		PRÉNOM EN LETTRES MOULEES		NOM EN LETTRES MOULEES								
Pierre		Untel		Jacques		Responsable								
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		DATE		DATE		DATE								
Pierre Untel		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR				
A A 0 6 2 6		A A 0 6 2 6	A A 0 6 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.														
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 ANNEXÉS				
ÉTABLISSEMENT NOM _____				NOMBRE _____				PÉRIODE				DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI			
								CETE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE				ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
ACTIVITÉS																	
QUAN-TIÈME	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAÎGE HORAIRES (cocher)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	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 VISITÉ)				DATE D'ARRIVÉE		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RECLAMÉ			
								ANNÉE	MOIS	JOUR			KM				
HEURES DE DÉPLACEMENT																	
NOMBRE				VOYAGE DÉPLACEMENT													
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE																	
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT									
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.				DATE		ANNÉE		DATE		ANNÉE		DATE		ANNÉE			
				MOIS	JOUR	MOIS	JOUR	MOIS	JOUR	MOIS	JOUR	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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation												Régie de l'assurance maladie Québec														
PROFESSIONNEL PRENOM				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	A A M M 1 , 5	A A M M 2 , 1																
QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS																										
	MODE DE RÉMUNÉ- RATION		PLAGE HORAIRES (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	1 , 1 , 5 , 0 , 3 , 7		0 , 3 , 5 , 0	2						3												
	1 , 6	TH		X	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		X	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		X	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	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		X	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	X	25	1 , 4 , 5 , 0 , 2 , 9		0 , 1 , 2 , 5	26						27												
	1 , 9	TH		X	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		X	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	XXX 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													
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES													TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 , 3 , 9 , 9 , 2													
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 RECLAMÉ		
																									KM		
HEURES DE DÉPLACEMENT													NOMBRE			REMARQUE											
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			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.																											

2.1.3.4 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		PRÉNOM		NOM				N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS						
ÉTABLISSEMENT		NOM				NUMERO				PÉRIODE				DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
														ANNEE	MOIS	JOUR	ANNEE	MOIS	JOUR
QUAN-TIÈME	ACTIVITÉS															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES			
	MODE DE RÉUNI- 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	0,750,0		
	NUIT		AM			0,0,9,0,3,0	0,1	0,6,0,0											
	1,5		X		1	0,0,9,0,3,0	0,1	0,6,0,0	2										
	1,6		PD		X	4	0,0,9,0,3,0	0,1	0,4,0,0	5									
	1,6		PD		X	7	0,0,9,0,3,0	0,1	0,5,0,0	8									
	1,7		PD		XX	10	0,0,9,0,3,0	0,1	0,9,0,0	11									
	1,7		TH		X	13	0,0,9,0,8,1	0,1	0,4,0,0	14									
	1,8		PD		X	16	0,0,9,0,3,0	0,1	0,3,0,0	17									
	1,8		PD		X	19	0,0,9,0,3,0	0,1	0,6,0,0	20									
	1,8		TH		X	22	0,0,9,0,8,1	0,1	0,4,0,0	23									
	1,8		TH		X	25	0,0,9,0,8,1	0,1	0,6,0,0	26									
	1,9		TH		X	28	0,0,9,0,3,0	0,1	0,4,0,0	29									
	1,9		TH		X	31	0,0,9,0,3,0	0,1	0,7,0,0	32									
	1,9		TH		X	34	0,0,9,0,3,0	0,1	0,2,0,0	35									
	2,0		TH		X	37	0,0,9,0,8,1	0,1	0,3,0,0	38									
2,0		TH		X	40	0,0,9,0,8,1	0,1	0,8,0,0	41										
2,0		TH		X	43	0,0,9,0,8,1	0,1	0,4,0,0	44										
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				
FRAIS DE DÉPLACEMENT															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)				CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)				DATE D'ARRIVÉE		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RÉCLAME					
NOM								ANNÉE	MOIS	JOUR				KM					
HEURES DE DÉPLACEMENT															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES				DATE		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									
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.															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				
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.															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				

2.1.3.5 Exemple de facturation D : Dépannage en obstétrique

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				
ÉTABLISSEMENT NOM _____		NUMÉRO _____		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI						
C.H. Lac Mégantic		0 1 1 2 3		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR			
						A A	0 6	1 5	A A	0 6	2 1			
ACTIVITÉS														
QUANTIÈME	TYPE 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
				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
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		
												0 1 8 0 0		
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 RECLAMÉ				
Granby		Lac Mégantic		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	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		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.														
1215 292 18/01		MAJ 52 / juillet 2018 / 99												

2.1.3.6 Exemple de facturation E : Dépannage en anesthésie

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														
ÉTABLISSEMENT NOM				NUMÉRO				PÉRIODE				DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI												
C.H. Lac Mégantic				0 1 1 2 3				CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE				ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR										
												A A	0 6	1 5	A A	0 6	2 1										
QUAN-TIEME	ACTIVITÉS																										
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAÎGE 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 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													
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES													TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 1 8 0 0													
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				ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	0 1 8 7	KM	0 9 3 5 0											
HEURES DE DÉPLACEMENT								ANNÉE				MOIS				JOUR											
NOMBRE				0 4 6 8																							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE				PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES				PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES											
JE CERTIFIÉ QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.								DATE				DATE				DATE											
								ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	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.																											
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.																											

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation										Régie de l'assurance maladie Québec													
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____		NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS																
ÉTABLISSEMENT NOM _____		NUMÉRO _____		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI																	
Centre de santé Tulattavik		0 1 6 0 3		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR														
QUAN-TIEME	ACTIVITÉS MODÈLE 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											
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													
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,5 1 0,0												
FRAIS DE DÉPLACEMENT												CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)		CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)		DATE D'ARRIVÉE	ANNEE	MOIS	JOUR	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE	KM	MONTANT RÉCLAMÉ		
HEURES DE DÉPLACEMENT												NOMBRE													
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE												PRÉNOM EN LETTRES MOULEES	NOM EN LETTRES MOULEES		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT										
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 AUTORISÉES DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.									
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.												DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR										

2.1.3.8 Exemple de facturation G : CLSC avec majoration

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																						
ÉTABLISSEMENT			NOM			NUMÉRO			PÉRIODE			DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI																		
			CLSC Rimouski-Neigette			9 3 4 4 2			CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE			ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR																
												A A	0 7	1 1	A A	0 7	1 7																
ACTIVITÉS																																	
QUANTIÈME	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAÎGE 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																
		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							
		TH		X														4	0 0 2 0 3 0	2 4	0 2 0 0	5						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							
		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					
		RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 1 6 0 0															
		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 RECLAMÉ				
																					ANNÉE	MOIS	JOUR				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																															

2.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION

Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement

- 01** Clinique externe
- 02** Moyen séjour
- 03** Courte durée (section générale)
- 04** Longue durée - Soins prolongés
- 05** Soins intensifs
- 06** Unité de soins coronariens
- 07** Service d'urgence
- 08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09** Hôpital de jour
- 10** Hôpital à domicile
- 11** Laboratoire
- 13** Service en gériatrie (dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 23** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 24** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 25** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 26** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 27** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 28** Clinique réseau - Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 29** Auprès d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30** Auprès d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31** Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 32** Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 33** Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 34** Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 35** Service d'urgence d'un établissement (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 36** Services cliniques dans un territoire désigné (*EP – RRSSS NUNAVIK – SSS BAIE-JAMES – CS BASSE CÔTE-NORD*) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h) (*)
- 37** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente 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** Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 0 h à 8 h)
- 43** EP - Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée de 20 h à 24 h)
- 44** EP - Santé publique (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 45** EP - Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)

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

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

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					
DATE ANNÉE MOIS JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS		MONTANT	
	Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE X	TAUX		
JOINDRE OBLIGATOirement L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.				MONTANT TOTAL DES FRAIS	

Renseignements complémentaires

SPÉCIMEN

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 :
kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement
6. **MOYEN DE TRANSPORT** : inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux du lieu de départ situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité.
7. **MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des frais de déplacement (*ne pas additionner le temps de déplacement*).
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. **Veuillez 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'*original*¹ de chacune des pièces justificatives permettant de justifier la facturation avec une copie du formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) dûment rempli.

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

Conserver l'*original*¹ 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 (paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 c) 1) – unité de soins de courte durée gériatrique, 2.02 a) 1), 2.02 c) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) - unité de soins de longue durée)**

- 101015** Examens relatifs à l'hépatite C
101030 Services cliniques
101032 Rencontres multidisciplinaires
101043 Tâches médico-administratives et hospitalières
101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
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 (paragraphes 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins de courte durée, 2.02 b) 1) - unité de soins de longue durée)

- 027015** Examens relatifs à l'hépatite C
027030 Services cliniques
027032 Rencontres multidisciplinaires
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 (paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))**

- 031015** Examens relatifs à l'hépatite C
031030 Services cliniques
031032 Rencontres multidisciplinaires
031043 Tâches médico-administratives et hospitalières
031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
031063 Garde sur place
031071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

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

- 102030** Services cliniques
102032 Rencontres multidisciplinaires
102043 Tâches médico-administratives et hospitalières
102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
102063 Garde sur place
102071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
102080 Participation du médecin de famille
102098 Services de santé durant le délai de carence
102270 Garde sur place obligatoire

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

- 100015** Examens relatifs à l'hépatite C
100030 Services cliniques
100032 Rencontres multidisciplinaires
100043 Tâches médico-administratives et hospitalières
100055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
100098 Services de santé durant le délai de carence

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

- 265015** Examens relatifs à l'hépatite C
265030 Services cliniques
265032 Rencontres multidisciplinaires
265037 Planification - Programmation - Évaluation
265043 Tâches médico-administratives et hospitalières
265055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
265063 Garde sur place
265071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
265098 Services de santé durant le délai de carence
265270 Garde sur place obligatoire

PARTIE GÉNÉRALE (suite)**Annexe XXIII****Garde sur place (paragraphes 2.16)**

XXX063 Garde sur place

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

XXX270 Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)

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

072101 Activités de fonctionnement en GMF

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

Sous **Code d'activité** **051133** pour une demi-journée de formation continue;

051134 pour une journée complète de formation continue.

072101 Activités de fonctionnement en GMF

076110 Services cliniques sans rendez-vous

076111 Services cliniques avec rendez-vous

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

072101 Activités de fonctionnement en GMF

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE**LETTRES D'ENTENTE****Lettre d'entente 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 Élaboration et évaluation de protocoles ou activités
215169 Garde en disponibilité – Support en ligne

EP 54 - Groupe médecine de famille désigné réseau

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

PROTOCOLES D'ACCORD**Protocole d'accord « CISSS ou CIUSSS »**

- 049038** Coordination (coordonnateur)
049067 Expertise professionnelle (médecin-conseil)
049130 Participation à une réunion
049131 Exécution d'un mandat

Protocole d'accord « DRMG »

- 103014** Participation au comité de direction du DRMG
103108 Médecin mandaté pour participer à une table locale
103109 Médecin participant à un mandat *ad hoc*

2.7 ÉTAT DE LA FACTURATION

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

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
(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 --- Garde sur place de base --- 70 --- (6.1) (6.2) (6.3) (6.4) (6.5)	Dispo. de base	(7) TOTAL HEURES D.P.		
SPÉCIMEN									
TOTAL: (8)									
(9) SOMMAIRE	CODE		(10) --- COL 1 ---		(11) --- COL 2 ---		(12) --- COL 3 ---	TOTAL	
Services cliniques Rencontr. multidisciplinaires Garde sur place Services cliniques Garde sur place Services cliniques Rencontr. multidisciplinaires Garde sur place	2930 2932 2963 4130 4163 5730 5732 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	<p>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.</p> <p>Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.</p> <p>Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus.</p> <p>Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
100	<p>Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.</p> <p>Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.</p> <p>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.</p>

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

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT

HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2018

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

FÉVRIER						*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)				32	▼	34
(6)	36	●	38	39	40	41
4	5	6	7	8	9	10
(7)	43	44	45	46	▼	48
11	12	13	14	15	16	17
(8)	50	●	52	53	54	55
18	19	20	21	22	23	24
(9)	57	58	59			
25	26	27	28			

MARS						*2
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				60	▼	62
(10)	64	●	66	67	68	69
4	5	6	7	8	9	10
(11)	71	72	73	74	▼	76
11	12	13	14	15	16	17
(12)	78	●	80	81	82	83
18	19	20	21	22	23	24
(13)	85	86	87	88	▼	90
25	26	27	28	29	30	31

AVRIL						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	92	●	94	95	96	97
1	2	3	4	5	6	7
(15)	99	100	101	102	104	
8	9	10	11	12	13	14
(16)	106	●	108	109	110	111
15	16	17	18	19	20	21
(17)	113	114	115	116	118	
22	23	24	25	26	27	28
(18)	120					
29	30					

MAI							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(18)		●	122	123	124	125	
		1	2	3	4	5	
(19)	127		128	129	130		132
6	7	8	9	10	11	12	
(20)	134	●	136	137	138	139	
13	14	15	16	17	18	19	
(21)	141	142	143	144		146	
20	21	22	23	24	25	26	
(22)	148	●	150	151			
27	28	29	30	31			

JUIN						*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)					152	153
(23)	155	156	157	158	1	2
3	4	5	6	7	8	9
(24)	162	●	164	165	166	167
10	11	12	13	14	15	16
(25)	169	170	171	172	173	174
17	18	19	20	21	22	23
(26)	176	●	178	179	180	181
24	25	26	27	28	29	30

JUILLET							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(27) 183	184	185	186			188	
1	2	3	4	5	6	7	
(28) 190	● 192	193	194			195	
8	9	10	11	12	13	14	
(29) 197	198	199	200			202	
15	16	17	18	19	20	21	
(30) 204	● 206	207	208			209	
22	23	24	25	26	27	28	
(31) 211	212						
29	30	31					

AOÛT							*23
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(31)			213	214	▼		216
(32)	218	●	220	221	222	223	
5	6	7	8	9	10	11	
(33)	225	226	227	228	▼		230
12	13	14	15	16	17	18	
(34)	232	●	234	235	236	237	
19	20	21	22	23	24	25	
(35)	239	240	241	242	▼		
26	27	28	29	30	31		

SEPTEMBRE						*19
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						244
(36)	246	●	248	249	250	251
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
(38)	260	●	262	263	264	265
16	17	18	19	20	21	22
(39)	267	268	269	270	271	272
23						
30	24	25	26	27	28	29

OCTOBRE						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	274	●	276	277	278	279
	1	2	3	4	5	6
(41)	281	282	283	284	▼	286
	7	8	9	10	11	12
(42)	288	●	290	291	292	293
	14	15	16	17	18	19
(43)	295	296	297	298	▼	300
	21	22	23	24	25	26
(44)	302	●	304			27
	28	29	30	31		

NOVEMBRE						22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				305	306	307
				1	2	3
(45)	309	310	311	312		314
4	5	6	7	8	9	10
(46)	316	●	318	319	320	321
11	12	13	14	15	16	17
(47)	323	324	325	326		328
18	19	20	21	22	23	24
(48)	330	●	332	333	334	
25	26	27	28	29	30	

202 302 962

() = 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	▼	5	
		1	2	3	4	5	
(2)	7	●	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	●	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)					▼	33	
					1	2	
(6)	35	●	37	38	39	40	
3	4	5	6	7	8	9	
(7)	42	43	44	45	▼	47	
10	11	12	13	14	15	16	
(8)	49	●	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)					▼	61	
					1	2	
(10)	63	●	65	66	67	68	
3	4	5	6	7	8	9	
(11)	70	71	72	73	▼	75	
10	11	12	13	14	15	16	
(12)	77	●	79	80	81	82	
17	18	19	20	21	22	23	
(13)	84	85	86	87	▼	89	
24	25	26	27	28	29	30	

AVRIL							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(14)	91	●	93	94	95	96	
1	2	3	4	5	6		
(15)	98	99	100	101	▼	103	
7	8	9	10	11	12	13	
(16)	105	●	107	108	109	110	
14	15	16	17	18	19	20	
(17)	112	113	114	115	▼	117	
21	22	23	24	25	26	27	
(18)	119	●					
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	▼	131	
5	6	7	8	9	10	11	
(20)	133	●	135	136	137	138	
12	13	14	15	16	17	18	
(21)	140	141	142	143	▼	145	
19	20	21	22	23	24	25	
(22)	147	●	149	150	151		
26	27	28	29	30	31		

JUIN							*19
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(22)							152
							1
(23)	154	155	156	157	▼	159	
2	3	4	5	6	7	8	
(24)	161	●	163	164	165	166	
9	10	11	12	13	14	15	
(25)	168	169	170	171	▼	173	
16	17	18	19	20	21	22	
(26)	175	●	177	178	179	180	
23	24	25	26	27	28	29	

JUILLET							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(27)	182	183	184	185	▼	187	
1	2	3	4	5	6		
(28)	189	●	191	192	193	194	
7	8	9	10	11	12	13	
(29)	196	197	198	199	▼	201	
14	15	16	17	18	19	20	
(30)	203	●	205	206	207	208	
21	22	23	24	25	26	27	
(31)	210	211	212				
28	29	30	31				

AOÛT							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(31)				213	▼	215	
				1	2	3	
(32)	217	●	219	220	221	222	
4	5	6	7	8	9	10	
(33)	224	225	226	227	▼	229	
11	12	13	14	15	16	17	
(34)	231	●	233	234	235	236	
18	19	20	21	22	23	24	
(35)	238	239	240	241	▼	243	
25	26	27	28	29	30	31	

SEPTEMBRE							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(36)	245	●	247	248	249	250	
1	2	3	4	5	6	7	
(37)	252	253	254	255	▼	257	
8	9	10	11	12	13	14	
(38)	259	●	261	262	263	264	
15	16	17	18	19	20	21	
(39)	266	267	268	269	▼	271	
22	23	24	25	26	27	28	

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

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

DÉCEMBRE							*18
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(49)	336	337					

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

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

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

AVRIL						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	92	93	94	95	96	97
	1	2	3	4	5	6
(15)	99	●	101	102	103	104
	8	9	10	11	12	13
(16)	106	107	108	109	110	111
	15	16	17	18	19	20
(17)	113	●	115	116	117	118
	22	23	24	25	26	27
(18)	120					
	29	30				

MAI						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)		121	122	123	122	125
		1	2	3	4	5
(19)	127	●	129	130	131	132
	6	7	8	9	10	11
(20)	134	135	136	137	136	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						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)						153
					1	2
(23)	155	●	157	158	159	160
	3	4	5	6	7	9
(24)	162	163	164	165	164	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	30

JUILLET						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)	183	●	185	186	187	188
	1	2	3	4	5	6
(28)	190	191	192	193	194	195
	8	9	10	11	12	13
(29)	197	●	199	200	201	202
	15	16	17	18	19	20
(30)	204	205	206	207	208	209
	22	23	24	25	26	27
(31)	211	●				
	29	30	31			

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

SEPTEMBRE						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						244
						1
(36)	246	247	248	249	248	251
	2	3	4	5	6	8
(37)	253	●	255	256	257	258
	9	10	11	12	13	15
(38)	260	261	262	263	262	265
	16	17	18	19	20	22
(39)	267	●	269	270	271	272
	23	24	25	26	27	29

OCTOBRE						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	274	275	276	277	276	279
	1	2	3	4	5	6
(41)	281	●	283	284	285	286
	7	8	9	10	11	12
(42)	288	289	290	291	292	293
	14	15	16	17	18	19
(43)	295	●	297	298	299	300
	21	22	23	24	25	27
(44)	302	303	304			
	28	29	30	31		

NOVEMBRE						
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	318	321
	11	12	13	14	15	16
(47)	323	●	325	326	327	328
	18	19	20	21	22	24
(48)	330	331	332	333	332	
	25	26	27	28	29	30

DÉCEMBRE						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						335
						1
(49)	337	●	339	340	341	342
	2	3	4	5	6	8
(50)	344	345	346	347	346	349
	9	10	11	12	13	15
(51)	351	●	353	354	355	356
	16	17	18	19	20	22
(52)	358	359	360	361	360	363
	23	24	25	26	27	29
30	31	25	26	27	28	29

7095 292 1707

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

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	▼	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	▼	40	
3	4	5	6	7	8	9	
(7)	42	●	44	45	46	47	
10	11	12	13	14	15	16	
(8)	49	50	51	52	▼	54	
17	18	19	20	21	22	23	
(9)	56	●	58	59			
24	25	26	27	28			
31	25	26	27	28	29	30	

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

AVRIL							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(14)	91	92	93	94	▼	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	▼	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	▼	124
				1	2	3	4
(19)	126	●	128	129	130	131	
5	6	7	8	9	10	11	
(20)	133	134	135	136	▼	138	
12	13	14	15	16	17	18	
(21)	140	●	142	143	144	145	
19	20	21	22	23	24	25	
(22)	147	148	149	150	▼		
26	27	28	29	30	31		

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

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	▼	194	
7	8	9	10	11	12	13	
(29)	196	●	198	199	200	201	
14	15	16	17	18	19	20	
(30)	203	204	205	206	▼	208	
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	▼	222	
4	5	6	7	8	9	10	
(33)	224	●	226	227	228	229	
11	12	13	14	15	16	17	
(34)	231	232	233	234	▼	236	
18	19	20	21	22	23	24	
(35)	238	●	240	241	242	243	
25	26	27	28	29	30	31	

SEPTEMBRE							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(36)	245	246	247	248	▼	250	
1	2	3	4	5	6	7	
(37)	252	●	254	255	256	257	
8	9	10	11	12	13	14	
(38)	259	260	261	262	▼	264	
15	16	17	18	19	20	21	
(39)	266	●	268	269	270	271	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					

OCTOBRE							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(40)		274	275	276	▼	278	
		1	2	3	4	5	
(41)	280	●	282	283	284	285	
6	7	8	9	10	11	12	
(42)	287	288	289	290	▼	292	
13	14	15	16	17	18	19	
(43)	294	●	296	297	298	299	
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	
					1	2	
(45)	308	●	310	311	312	313	
3	4	5	6	7	8	9	
(46)	315	316	317	318	▼	320	
10	11	12	13	14	15	16	
(47)	322	●	324	325	326	327	
17	18	19	20	21	22	23	
(48)	329	330	331	332	▼	334	
24	25	26	27	28	29	30	
29	30	31					

DÉCEMBRE							*18
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	

<tbl_r cells="8" ix="4" max

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 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 excéderont 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 agissez 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.

