

2.0 HONORAIRES FORFAITAIRES

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles au paiement selon le mode des honoraires forfaitaires la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215).

- # Pour imprimer des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Le formulaire peut être rempli et imprimé en cliquant sur le lien disponible. Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la machine à écrire ou en lettres détachées majuscules.

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

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

Ainsi, le 15 juin 20AA s'écrit AA 06 15.

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération majorée s'appliquent aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode des honoraires forfaitaires. Se reporter au *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*, sous l'onglet *Liste des localités*.

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

2.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FORFAITAIRES (1215)

#

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE
1

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
 l'assurance maladie
Québec

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

ÉTABLISSEMENT NOM 3	NUMÉRO
--	--------

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

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

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 7
--------------------------------	--

FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) 11	CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE KM	MONTANT RÉCLAMÉ
---	--	-----------------------------------	-----------------	-----------------------	-----------------

HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. 12	ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. 13
---------------------------------	---	---

DATE ANNÉE MOIS JOUR	SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT
-------------------------	--

1215 292 15/04

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

2.1.1 Description du formulaire

La demande de paiement comporte treize parties :

- 1 Numéro de contrôle externe à quatre (4) chiffres
- 2 Professionnel
- 3 Établissement
- 4 Période
- 5 Quantième
- 6 Activités
- 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 (4) 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 18,9,9,9,4		N° DU GROUPE		G.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS						
ÉTABLISSEMENT NOM Hôtel-Dieu de Lévis				NUMÉRO 03008		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 1 7		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 3						
ACTIVITÉS																
QUANTIÈME	MODE DE RÉMUNÉRATION				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	PLAGE HORAIRE (cocher)	AM	PM	SOIR												
					1				2				3			
					4				5				6			
					7				8				9			
					10				11				12			
					13				14				15			
					16				17				18			
					19				20				21			
					22				23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			
											TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																
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																
HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE																
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																

1215 292 15/04

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

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe à quatre (4) chiffres

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 professionnel ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

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

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 (cinq chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription du contrat, 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**.

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 5 et 6)

#

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

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

QUANTIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
	NUIT	AM	PM	SOIR												
1,8	V	A	X		1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2				3			
1,8	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			
1,9	V	A		X	7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,6,0,0	8				9			
2,0	V	A	X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	11				12			
2,0	V	A		X	13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	14				15			
2,1	V	A	X		16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,5,0	17				18			
2,2			X		19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,5,0	20				21			
					22				23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,3,0,0,0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)	CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE	MONTANT RÉCLAMÉ
		ANNÉE MOIS JOUR		KM	

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE	DATE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.	ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT	DATE
	ANNÉE MOIS JOUR

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

1215 292 15/04

6

MAJ 58 / octobre 2015 / 99

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 5 et 6) - suite

PARTIE 5

Quantième

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

PARTIE 6

Activités

Indication des heures effectuées

Cette partie qui comporte quinze lignes ou 45 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires forfaitaires ou à la vacation.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Mode de rémunération

- VA qui correspond à la vacation
- PD qui correspond au *per diem*
- DJ qui correspond à la demi-journée
- TH qui correspond au tarif horaire

L'identification du mode de rémunération est requise sur la 1^{re} ligne de service. Ce mode est appliqué automatiquement sur les lignes de services subséquentes jusqu'au changement suivant.

- Plage horaire

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

Nuit :	de 0 h à 7 h
Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 h à 24 h

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

Exceptions :

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus 1,50 heures, si cela peut éviter au médecin la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent :

Exemple 1

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5 h 50

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

Exemple 2

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

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

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

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

- Code d'activité

Le code d'activité est composé de six chiffres.

Le médecin indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire.

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, référer aux avis administratifs apparaissant aux documents officiels ou voir le sous-paragraphe 2.2.1 de la présente section.

- Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il est utilisé en tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

Lorsque des services cliniques sont dispensés, le médecin indique le code du secteur où il a exercé sa principale activité.

Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », référer au sous-paragraphe 2.2.2 de la présente section.

- Heures travaillées

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

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

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 7 à 13)

#

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.
A

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS
1

ÉTABLISSEMENT
NOM

NUMÉRO

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE MOIS JOUR

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

SPÉCIMEN

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)
G5W 5M6

CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)
G5X 1N1

DATE D'ARRIVÉE
ANNÉE MOIS JOUR
A A 0 6 2 1

HEURE D'ARRIVÉE
0 9 0 0

DISTANCE TOTALE
0 0 8 0 KM

MONTANT RÉCLAMÉ
0 6 8 8 0

HEURES DE DÉPLACEMENT
NOMBRE
0 1 0 0

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.
Pierre Untel

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
A A 0 6 2 6

SIGNATURE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT
Jacques Responsable

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
A A 0 6 2 6

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

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 7 à 13) - suite

PARTIE 7

Total des heures travaillées

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

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 030,00 heures.

PARTIE 8

Considération spéciale (C.S.)

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 rendus, 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.

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, se servir du formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale (1944)* (voir le *Manuel des médecins spécialistes*) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone - **ne jamais agraffer**.

PARTIE 10

Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.).

Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone.

PARTIE 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 réclamé;
- nombre d'heures 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 situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité.

- Remarques :**
- 1) Il n'est pas nécessaire de fournir des pièces justificatives pour l'utilisation d'un véhicule personnel.
 - 2) 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 (1215).
 - 3) Les médecins **spécialistes en médecine d'urgence** doivent inscrire les frais de déplacement sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) (voir le sous-paragraphe 2.3.6).
 - 4) 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 dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

PARTIE 12

Signature du professionnel ou du mandataire

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

PARTIE 13

Attestation de l'établissement

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.

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'activité 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
- 2.1.3.3 PER DIEM : voir l'exemple B
- 2.1.3.4 PER DIEM ET TARIF HORAIRE : voir l'exemple C
- 2.1.3.5 PER DIEM ET DEMI-JOURNÉE : voir l'exemple D
- 2.1.3.6 DEMI-JOURNÉE ET TARIF HORAIRE : voir l'exemple E

2.1.3.2 Tarif horaire
Exemple de facturation A

#

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT

Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

PROFESSIONNEL

PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

C.S. _____

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES _____

ÉTABLISSEMENT

NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

QUANTIÈME	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
	NUIT	AM	PM	SOIR												
1,8	TH	X			1	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	2	0,0,1,0,3,2	0,1	0,2,0,0	3			
1,8	TH		X		4	0,0,1,0,3,2	0,1	0,3,0,0	5				6			
1,9	TH	X			7	0,0,1,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8				9			
1,9	TH		X		10	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	11				12			
2,0	TH	X			13	0,0,1,0,3,0	0,1	0,5,0,0	14				15			
2,1	TH	X			16	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	17				18			
2,1	TH		X		19	0,0,1,0,3,0	0,1	0,4,0,0	20				21			
2,2	TH	X			22	0,0,1,0,3,0	0,1	0,5,0,0	23				24			
2,2	TH		X		25	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,3,5,0,0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) _____ CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) _____

DATE D'ARRIVÉE

ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

HEURE D'ARRIVÉE _____

DISTANCE TOTALE _____ KM

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

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

2.1.3.3 Per diem
Exemple de facturation B

#

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
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE MOIS JOUR

QUANTITÉ	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
		NUIT	AM	PM												
1,8	PD	X			1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	2				3			
1,8	PD		X		4	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	5				6			
1,9	PD	X			7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	8				9			
1,9	PD		X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	11				12			
2,0	PD	X			13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	14				15			
2,0	PD		X		16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	17				18			
2,1	PD	X			19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	20				21			
2,1	PD		X		22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	23				24			
2,2	PD	X			25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	26				27			
2,2	PD		X		28	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	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

DATE D'ARRIVÉE

HEURE D'ARRIVÉE

DISTANCE TOTALE

MONTANT RECLAMÉ

HEURES DE DÉPLACEMENT

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

DATE

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE

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

2.1.3.4 Per diem et tarif horaire
Exemple de facturation C

#

Régie de l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM: _____ NOM: _____ N° DU PROFESSIONNEL: _____ N° DU GROUPE: _____ C.S.: _____ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS: _____

ÉTABLISSEMENT
 NOM: _____ NUMÉRO: _____

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

QUANTIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
1,8	PD		X		1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	2				3			
1,8	PD	X			4	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	5				6			
1,9	TH		X		7	0,0,2,0,3,0	0,7	0,4,0,0	8				9			
2,0	PD	X			10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	11				12			
2,0	PD		X		13	0,0,2,0,3,2	0,1	0,3,5,0	14				15			
2,1	PD			X	16	0,0,2,0,3,0	0,3	0,3,5,0	17				18			
2,1	PD	X			19	0,0,2,0,3,0	0,3	0,3,5,0	20				21			
2,2	PD	X			22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	23				24			
2,2	PD		X		25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,3,2,0,0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT
 CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL): _____ CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ): _____
 DATE D'ARRIVÉE: ANNÉE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____ HEURE D'ARRIVÉE: _____ DISTANCE TOTALE: _____ KM: _____ MONTANT RÉCLAMÉ: _____

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE: _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.
 DATE: ANNÉE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
 SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT: _____ DATE: ANNÉE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____

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

2.1.3.5 Per diem et demi-journée
Exemple de facturation D

#

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. _____

NUMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT
NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMU- NÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				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												
1,8	PD	X				1	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	2				3			
1,8	PD		X			4	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	5				6			
1,9	PD	X				7	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	8				9			
1,9	PD		X			10	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	11				12			
2,0	PD	X				13	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	14				15			
2,0	PD		X			16	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	17				18			
2,1	DJ	X				19	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	20				21			
2,2	PD	X				22	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	23				24			
2,2	PD		X			25	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	26				27			
						28				29				30			
						31				32				33			
						34				35				36			
						37				38				39			
						40				41				42			
						43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,3,1,5,0
---	-----------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____

FRAIS DE DÉPLACEMENT
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) J2G 2T8
CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) G6B 1H6

DATE D'ARRIVÉE
ANNÉE A A 0 6 MOIS 1 8 JOUR 0 8
HEURE D'ARRIVÉE 0 8 | 0 0

DISTANCE TOTALE 0 1,8,7 KM

MONTANT RÉCLAME 1 6,0 | 8 2

HEURES DE DÉPLACEMENT
NUMBRE 0,4,6,8

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE
ANNÉE | MOIS | JOUR

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT
DATE
ANNÉE | MOIS | JOUR

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

2.1.3.6 Demi-journée et tarif horaire
Exemple de facturation E

#

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____

PROFESSIONNEL
 PRENOM: _____ NOM: _____ N° DU PROFESSIONNEL: _____ N° DU GROUPE: _____ C.S.: _____ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS: _____

ÉTABLISSEMENT
 NOM: _____ NUMÉRO: _____

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE: _____
 DÉBUTANT LE DIMANCHE: ANNEE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____ SE TERMINANT LE SAMEDI: ANNEE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____

QUANTIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
		NUIT	AM	PM	SOIR											
1,8	DJ		X			0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	2				3			
1,9	DJ		X			0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	5				6			
2,0	DJ	X				0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	8				9			
2,1	DJ	X				0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	11				12			
2,1	TH	X				0,0,5,0,3,7		0,2,0,0	14				15			
2,2	DJ		X			0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	17				18			
									20				21			
									23				24			
									26				27			
									29				30			
									32				33			
									35				36			
									38				39			
									41				42			
									44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,1,9,5,0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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: _____ MONTANT RÉCLAMÉ: _____ KM: _____

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE: _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.
 DATE: ANNEE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
 SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT: _____ DATE: ANNEE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____

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

2.2 DESCRIPTION DES CODES

Remarque : La codification administrative présentée ci-dessous ne modifie en rien les services payables négociés dans l'Entente, mais est un moyen pour permettre au médecin de facturer les services **déjà prévus** par celle-ci.

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.

2.2.1 Description des codes d'activité

PARTIE GÉNÉRALE

Services médicaux en centre hospitalier de soins psychiatriques (psychiatres seulement) - Annexe 13

- 001030** Services cliniques (prestation de soins)
- 001032** Rencontres multidisciplinaires
- 001052** Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie
- 001055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 001072** Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 001098** Services de santé durant le délai de carence

Services médicaux en établissement - Annexes 13 et 15

- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002052** Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie
- 002053** Services de laboratoire
- 002055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002060** Surtemps (réservé à la tarification horaire dans le cadre de l'annexe 15)
- 002072** Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 002098** Services de santé durant le délai de carence

Santé publique - Annexe 14

- 005030** Services cliniques
- 005032** Rencontres multidisciplinaires
- 005037** Planification - programmation - évaluation
- 005038** Coordination
- 005047** Exécution
- 005061** Garde - intervention urgente de 0 h à 7 h
- 005062** Garde - intervention urgente pour les périodes autres que de 0 h à 7 h
- 005088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- 005091** Avis médicaux
- 005098** Services de santé durant le délai de carence

Soins de pneumo-physiologie - Annexe 15

- 003030** Services cliniques
- 003032** Rencontres multidisciplinaires
- 003055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 003060** Surtemps (réservé à la tarification horaire dans le cadre de l'annexe 15)

Santé publique - santé et sécurité du travail (CNESST - Prévention)

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

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE**Programme de réadaptation et de soins à domicile de malades pulmonaires chroniques - Lettre d'entente n° 21**

- 004030** Services cliniques
- 004037** Planification - programmation - évaluation
- 004038** Coordination

Services complémentaires de suivi des malades - Lettre d'entente n° 35

Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

- 021031** Étude du dossier
- 021032** Rencontres multidisciplinaires

Hôpital Charles-Lemoyne - Clinique multidisciplinaire de gestion de la douleur

- 021031** Étude du dossier
- 021032** Rencontres multidisciplinaires

Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Campus Notre-Dame - Clinique anti-douleur

- 021031** Étude du dossier
- 021032** Rencontres multidisciplinaires

Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval

- 021031** Étude du dossier
- 021032** Rencontres multidisciplinaires

Hôpital Sainte-Justine - Clinique de protection de l'enfance

- 021054** Étude du dossier d'un enfant
- 021055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Centre hospitalier de l'Université Laval - Clinique de protection de l'enfance

- 021054** Étude du dossier d'un enfant
- 021055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Hôpital Sainte-Justine - Clinique des adolescents

- 021054** Étude du dossier d'un enfant
- 021055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

- 021059** Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade atteint d'une pathologie pulmonaire

Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont

- 021059** Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Hôpital Fleurimont - CHUS

- 021059** Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (anciennement Hôpital Laval)

- 021059** Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc, Hôtel-Dieu - CHUM

- 021059** Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Centre hospitalier de l'Université Laval - Centre anti-poison

- 021087** Couverture professionnelle pour problème d'empoisonnement aigu

Hôpital Sainte-Justine - Centre anti-poison

- 021087** Couverture professionnelle pour problème d'empoisonnement aigu

Tarification horaire dans les régions 17 et 18 - Lettre d'entente n° 40

002064 Services cliniques le week-end et les jours fériés dans les établissements des régions 17 et 18
022064 Services cliniques fournis les week-end et les jours fériés

Culture d'épiderme pour les grands brûlés - Lettre d'entente n° 41

023053 Services de laboratoire
023065 Mise en marche du procédé de culture cutanée
023066 Préparation des feuillets pour transplantation

Banque d'yeux nationale - Lettre d'entente n° 43

024030 Services cliniques

Missions sur les territoires de la Basse Côte Nord - Lettre d'entente n° 53

026030 Services cliniques

Évacuation aéromédicale (EVAQ) - Lettre d'entente n° 69

016089 Services cliniques - garde de jour
016090 Services cliniques - garde de nuit

Services de procréation assistée - Lettre d'entente n° 180

091156 Étude des permis
091157 Collaborer à l'analyse des services

Rémunération des médecins spécialistes pour les activités accomplies dans les centres de répartition des demandes de services (CRDS) - Lettre d'entente n° 221

Médecin coordonnateur :

XXX287 Favoriser l'accès aux consultations des spécialités concernées du CRDS
XXX288 Participer activement au comité de vigie du CRDS
XXX289 Soumettre les enjeux et recommandations au comité de vigie du CRDS
XXX290 Contribuer à la bonne progression de l'APSS et du CRDS
XXX291 Participer au suivi et à l'évaluation des résultats
XXX292 Collaborer au développement d'indicateurs de gestion du CRDS

Remarque : Selon les activités professionnelles, la nature de service XXX peut correspondre à :

- 271 : aux activités médico-administratives
- 272 : aux activités médico-administratives rémunérées à 50 % du tarif

Médecin répondant :

XXX293 Collaborer avec le coordonnateur local (omnipraticien) pour les situations de 1^{re} ligne et du CRDS
XXX294 Émettre un avis de non-pertinence de service au médecin référent et suivi au comité de vigie
XXX295 Identifier les problématiques fréquentes de consultation spécialisée et aviser le coordonnateur
XXX296 Diriger les propositions d'amélioration des demandes de service au coordonnateur

Remarque : Selon les activités professionnelles, la nature de service XXX peut correspondre à :

- 273 : aux activités médico-administratives
- 274 : aux activités médico-administratives rémunérées à 50 % du tarif

Services médicaux et de laboratoire - Annexe 15

Exclusif à la psychiatrie et à la santé communautaire

022030 Services cliniques
022032 Rencontres multidisciplinaires
022037 Planification - programmation - évaluation
022038 Coordination
022047 Exécution
022055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
022060 Heures supplémentaires (réservé à la tarification horaire dans le cadre de l'annexe 15)
022091 Avis médicaux

Remplacement pour congé - Annexe 26

- 025030 Services cliniques
- 025032 Rencontres multidisciplinaires
- 025053 Services de laboratoire
- 025055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers psychiatriques en réadaptation lourde - Annexe 30

- 002030 Services cliniques
- 002032 Rencontres multidisciplinaires
- 002037 Planification - programmation - évaluation
- 002047 Exécution d'un programme (psychiatre seulement)
- 002055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002060 Surtemps

Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers de gériatrie - Annexe 31

- 029030 Services cliniques
- 029032 Rencontres multidisciplinaires
- 029037 Planification - programmation - évaluation
- 029055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 029060 Surtemps

Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus - Annexe 32

- 009096 Prime de remplacement

Remplacement pour congé - Annexe 33

- 055030 Services cliniques
- 055032 Rencontres multidisciplinaires
- 055053 Services de laboratoire
- 055055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Protocole d'accord - Agence Santé et Services Sociaux

- 049067 Expertise professionnelle
- 049143 Gestion des dossiers reliés au service préhospitalier d'urgence
- 049144 Gestion des dossiers reliés à la médecine de sinistre

Protocole d'accord - table régionale de médecine spécialisée

- 083136 Président
- 083137 Membre
- 083138 Médecin mandaté

Protocole d'accord - table régionale de prévention des infections nosocomiales

- 092136 Président
- 092137 Membre
- 092138 Médecin mandaté

Protocole d'accord - organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux

- 093136 Président
- 093137 Membre
- 093138 Médecin mandaté

Protocole d'accord - Agence Santé et Services sociaux pour l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab)

- 254255 Réunions médico-administratives

Protocole d'accord - activités médico-administratives dans un établissement de santé

- XXX171 Réunions de département
- XXX172 Réunions de programmes clientèles
- XXX173 Réunions de services

Comités prévus à la loi ou aux règlements

- XXX174 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

- XXX175** Comité d'examen des titres
- XXX176** Comité de discipline
- XXX177** Comité de gouvernement et d'éthique du C.A.
- XXX178** Comité de gestion de risques
- XXX170** Comité de gestion des soins palliatifs
- XXX179** Comité de la vigilance et de la qualité du C.A.
- XXX180** Comité de pharmacologie
- XXX181** Comité de Résidents
- XXX182** Comité de révision
- XXX183** Comité de sélection (pour recommander DG)
- XXX184** Comité de vérification du C.A.
- XXX185** Comité des usagers
- XXX186** Comité exécutif du CMDP

Autres comités mis en place dans un établissement de santé

- XXX187** Attribution des bourses
- XXX188** Comité à la gestion des lits
- XXX189** Comité coordination des maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, etc.)
- XXX190** Comité d'admission et séjour
- XXX191** Comité d'amélioration continue de la qualité
- XXX275** Comité d'évaluation de la performance du programme de cancérologie
- XXX192** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral digestif bas
- XXX193** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral digestif haut
- XXX194** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral glandes surrénales
- XXX195** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral greffe cellules souches
- XXX196** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral gynécologie
- XXX197** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral hémato
- XXX198** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral hépato-biliaire
- XXX199** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral musculo-squelettique
- XXX200** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral neuro
- XXX201** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral oculaire
- XXX202** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral peau
- XXX203** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral poumon
- XXX204** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral sein
- XXX205** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral système digestif
- XXX206** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral tête et cou
- XXX207** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral thyroïde
- XXX208** Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral uro-génitaux
- XXX209** Comité de développement et suivi des ordonnances collectives
- XXX210** Comité de dossiers/Archives
- XXX211** Comité de gestion centrale des rendez-vous
- XXX212** Comité de gestion de la douleur chronique
- XXX213** Comité de gestion des soins intensifs (les admissions, les équipements, la durée de séjour, etc.)
- XXX214** Comité de gestion du bloc opératoire
- XXX215** Comité de gestion en endoscopie
- XXX216** Comité de l'approche adaptée (Chutes, délirium, etc.)
- XXX217** Comité de l'éthique clinique
- XXX218** Comité de la bibliothèque/Audiovisuel
- XXX219** Comité de la prévention et de la gestion des risques
- XXX220** Comité de médecine transfusionnelle
- XXX221** Comité de radioprotection
- XXX222** Comité de réanimation
- XXX223** Comité de révision continue du processus de gestion de l'urgence
- XXX224** Comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques
- XXX225** Comité de traumatologie
- XXX226** Comité des accidents/incidents
- XXX227** Comité des approches collaboratives
- XXX228** Comité des cliniques externes/médecine de jour
- XXX229** Comité des médecins impliqués dans le programme de cancérologie
- XXX230** Comité des plaintes
- XXX231** Comité des technologies de l'information
- XXX274** Comité des utilisateurs du registre de cancérologie
- XXX232** Comité du contrôle et de prévention des infections
- XXX233** Comité du don et de transplantation d'organes et de tissus
- XXX234** Comité du réseau de service intégré à la personne âgée
- XXX235** Comité morbidité/mortalité
- XXX236** Comité pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés
- XXX237** Comité pour le développement de protocole de soins et des procédures
- XXX238** Comité pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence
- XXX239** Comité pour les victimes de blessure médullaire
- XXX240** Comité pour les victimes de brûlures graves
- XXX241** Comité sur des projets cliniques immobiliers
- XXX242** Comité sur des projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation
- XXX243** Comité sur désastre et plan de contingence
- XXX244** Comité sur l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoires
- XXX245** Comité sur la qualité du triage à l'urgence
- XXX246** Comité sur personnes victimes d'un AVC
- XXX247** Comité sur l'introduction de nouvelles technologies ou la révision de pratiques
- XXX248** Autres

Remarque : Selon les activités professionnelles, XXX peut correspondre :

- 250 : aux activités médico-administratives
- 251 : aux activités médico-administratives rémunérées à 50 % du tarif

Protocole d'accord - activités d'enseignement

- XXX249** Cours ou exposés aux étudiants, résidents, médecins, ou autres professionnels
- XXX250** Enseignement aux étudiants sous forme d'apprentissage par raisonnement clinique
- XXX251** Enseignement par simulation aux étudiants, résidents ou médecins
- XXX252** Évaluation des étudiants ou résidents qui nécessite la présence active d'un médecin
- XXX253** Réunion académique
- XXX254** Club de lecture

Remarque : Selon les activités professionnelles, XXX peut correspondre :

- 252 : aux activités d'enseignement
- 253 : aux activités d'enseignement rémunérées à 50 %

Protocole d'accord - Don et transplantation d'organes et de tissus

- XXX265** Planifier, organiser et coordonner les activités
- XXX266** Établir des corridors de services
- XXX267** Assumer la liaison avec les différents organismes
- XXX268** Participer à la formation offerte par Transplant Québec
- XXX269** Participer au comité des médecins coordonnateurs

Remarque : Selon les activités professionnelles, la nature de service XXX peut correspondre à :

- 257 : aux activités du coordonnateur en dons et transplantation
- 258 : aux activités du coordonnateur en dons et transplantation rémunérées à 50 % du tarif

2.2.2 Secteur de dispensation

S'applique dans tout établissement sauf en CLSC

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

2.3 ANNEXE 40 ET PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ ET ÉVAQ

2.3.1 Exemple de facturation - ANNEXE 40

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

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

QUANTIÈME	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
	NUIT	AM	PM	SOR												
0,2	TH	X			1	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	2				3			
0,2	TH		X		4	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	5				6			
0,3	TH	X			7	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	8				9			
0,3	TH		X		10	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	11				12			
0,4	TH	X			13	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	14				15			
0,4	TH		X		16	0,7,7,1,1,4		0,7,0,0	17				18			
0,5	TH	X			19	0,7,7,1,1,5		0,4,0,0	20				21			
0,5	TH		X		22	0,7,7,1,1,6		0,4,0,0	23				24			
0,6	TH	X			25	0,7,7,1,1,7		1,0,0,0	26				27			
0,7	TH	X			28	0,7,7,1,1,3		0,8,0,0	29				30			
0,7	TH		X		31	0,7,7,1,1,3		0,2,0,0	32				33			
0,8	TH			X	34	0,7,7,1,1,3		0,8,0,0	35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,6,3,0,0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)	CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITE)	DATE D'ARRIVÉE	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE	MONTANT RÉCLAMÉ
		ANNÉE MOIS JOUR		_____ KM	

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

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

2.3.2 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ ET ÉVAQ - CAPQ

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. _____

NUMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT
NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM												
1,0	TH	X			1	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	2				3			
1,0	TH		X		4	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	5				6			
1,1	TH	X			7	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	8				9			
1,2	TH	X			10	0,7,8,1,2,4		1,2,0,0	11				12			
1,2	TH			X	13	0,7,8,1,2,4		1,2,0,0	14				15			
1,3	TH	X			16	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	17				18			
1,3	TH		X		19	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	20				21			
1,3	TH			X	22	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,5,4,0,0
------------------------------------	-----------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____

Réf 10 7 h	Réf 13 19 h	
Réf 16 7 h	Réf 19 13 h	Réf 22 19 h

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 RÉCLAME
 _____ KM

HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE _____	À L'USAGE DE L'ÉTABLISSEMENT	ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
--	------------------------------	---

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE
 ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

DATE
 ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

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

1215 292 15/04

SPÉCIMEN

2.3.4 Description des codes d'activité

Activités

Indication des heures effectuées

Cette partie qui comporte quinze lignes ou 45 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à tarif horaire.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Mode de rémunération

- TH qui correspond au tarif horaire

L'identification du mode de rémunération est requise sur la 1^{re} ligne de service. Ce mode est appliqué automatiquement sur les lignes de services subséquentes jusqu'au changement suivant.

- Plage horaire

Pour les activités cliniques (**077113**) de l'annexe 40 et les activités du protocole d'accord en médecine d'urgence (**078XXX**) :

Nuit :	de 0 h à 8 h
Avant-midi :	de 8 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 16 h
Soir :	de 16 h à 24 h

Pour les activités cliniques en clinique externe ou auprès des patients admis (**077114**) de l'annexe 40 :

Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 19 h

Pour les activités médico-administratives (**077115**), d'enseignement (**077116**) et en santé communautaire (**080XXX**, **081XXX**) de l'annexe 40 :

Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 17 h

- Exceptions

Le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage horaire demandée. Aucun dépassement ne sera accepté pour les activités de l'annexe 40 (077XXX, 080XXX, 081XXX) et du protocole d'accord en médecine d'urgence (078XXX).

- Heures travaillées

Aucune fraction d'heure n'est acceptée pour les activités de l'annexe 40 (077XXX, 080XXX, 081XXX) et du protocole d'accord en médecine d'urgence (078XXX).

CODIFICATION SPÉCIFIQUE À LA MÉDECINE D'URGENCE**Annexe 40**

- 077113** Services cliniques à la salle d'urgence
- 077114** Services cliniques en clinique externe ou auprès de malades admis
- 077115** Activités médico-administratives
- 077116** Activités d'enseignement
- 077117** Ressourcement

Annexe 40 - Services rendus en santé communautaire

- 080030** Services cliniques
- 080032** Rencontres multidisciplinaires
- 080037** Planification - programmation - évaluation
- 080038** Coordination
- 080047** Exécution
- 080091** Avis médicaux

Annexe 40 - Services rendus en santé communautaire dans le cadre de programmes contractuels de santé et sécurité du travail

- 081030** Services cliniques
- 081032** Rencontres multidisciplinaires
- 081037** Planification - programmation - évaluation
- 081038** Coordination
- 081047** Exécution
- 081091** Avis médicaux

Protocole d'accord - Centre Antipoison du Québec et ÉVAQ

- 078122** CAPQ - Coordination
- 078123** CAPQ - Planification, programmation, organisation et évaluation de programmes en toxicologie
- 078124** CAPQ - Forfait de prise en charge non combiné avec d'autres activités
- 078125** ÉVAQ - Coordination
- 078126** ÉVAQ - Planification, programmation, organisation et évaluation de programmes
- 078127** ÉVAQ - Médecin escorte (période d'activité de 1 à 13 heures)
- 078128** ÉVAQ - Médecin escorte (période d'activité de 14 heures et plus)
- 078129** CAPQ - Forfait de prise en charge combiné avec d'autres activités

Protocole d'accord – Services préhospitaliers d'urgence**Services préhospitaliers d'urgence régionaux**

- 225150** Activités de témoignage
- 225159** Assurance-qualité
- 225161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- 225163** Participation aux comités nationaux
- 225164** Activités médico-administratives autorisées

Services préhospitaliers d'urgence des régions Montréal et Laval

- 205150** Activités de témoignage
- 205159** Assurance-qualité
- 205160** Constat de décès
- 205161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- 205163** Participation aux comités nationaux
- 205164** Activités médico-administratives autorisées
- 205278** Services cliniques et gestion de liste de garde
- 205279** Organisation technique et scientifique
- 205280** Définition de qualifications et compétences requises
- 205281** Effectifs médicaux et recrutement
- 205282** Tâches connexes au Comité médical

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

215150	Activités de témoignage
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

2.3.5 Frais de déplacement et de séjour

En médecine d'urgence, vous devez généralement réclamer les frais de déplacement et de séjour sur la *Demande de paiement - Médecin* (1200), où vous réclamez déjà un des services rendus à une personne assurée pendant votre séjour.

Dans le cas où les services rendus ne vous permettent pas d'identifier une personne assurée, comme en santé communautaire, utilisez néanmoins la *Demande de paiement - Médecin* (1200) pour réclamer vos frais de déplacement en inscrivant le NAM fictif suivant XXXX01010112.

Veillez référer aux sections pertinentes de vos manuels de facturation pour plus de détails sur les instructions de facturation de déplacement.

2.4 EXPÉDITION

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

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- 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.

Placer dans les enveloppes spécialement fournies à cet effet, les copies destinées à la Régie et les envoyer après chaque période à laquelle s'applique la demande de paiement.

- Ne pas surcharger les enveloppes;
- Affranchir suffisamment;
- Inscrivez vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Faire parvenir les demandes de paiement dans une enveloppe 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) à l'adresse suivante :

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