



**MANUEL DES SPÉCIALISTES**  
**BROCHURE N° 2**  
**( N° 155 )**

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

**Coordination**

Direction des services à la clientèle professionnelle

**Publication**

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-48103-4

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



**MANUEL DES SPÉCIALISTES  
BROCHURE N° 2**

**MISE À JOUR : 53  
JUILLET 2011**

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

**SOMMAIRE**

**NOTE :** *Ce fichier contient les recto et verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages.*

**MODIFICATION 58, en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2011, MODIFICATION 56 et MODIFICATION 54, en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2010, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives**

**MODIFICATION 58**

**- HONORAIRES FORFAITAIRES**

- Au paragraphe 2.1 *Demande de paiement*, au sous-paragraphe 2.1.2 *Rédaction de la demande de paiement, Partie 10 - Frais de déplacement*, modification du libellé - **en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2011**

**Page :** [12](#)

**- FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR**

- Au paragraphe 4.3 *Instructions de facturation des frais de déplacement*, à *Dispositions générales*, modification du libellé

**Page :** [3](#)

**MODIFICATION 56**

**- SALARIAT**

- Au paragraphe 1.3 *Description des codes*, au sous-paragraphe 1.3.1 *Description des codes d'activités*, retrait de la référence au *Protocole d'accord - Conseil médical du Québec* - **en vigueur le 21 décembre 2010**

**Page :** [16](#)

**- HONORAIRES FORFAITAIRES**

- Au paragraphe 2.2 *Description des codes*, au sous-paragraphe 2.2.1 *Description des codes d'activités*, retrait de la référence au *Protocole d'accord - Conseil médical du Québec* - **en vigueur le 21 décembre 2010** et ajout de la référence *Protocole d'accord - table régionale de prévention des infections nosocomiales* - **en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2011**

**Page :** [22](#)

**MODIFICATION 54**

**- FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR**

- Au paragraphe 4.3 *Instructions de facturation des frais de déplacement*, à *Dispositions générales* et à *Dispositions particulières*, au sous-paragraphe B) *Temps de déplacement*, modification du taux de l'indemnité

**Page :** [3](#)

## MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

### - PAGE TITRE

- Modifications d'ordre administratif - codes ISBN

**Page :** [2](#)

### - TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif - numéros de page

**Pages :** [1](#) et [2](#)

### - HONORAIRES FORFAITAIRES

- À la *Partie 10*, dans *Remarques*, modification du libellé
- Au paragraphe 2.2 *Description des codes*, modification de l'ordonnancement et autres modifications administratives
- Au paragraphe 2.2 *Description des codes*, au sous-paragraphe 2.2.1 *Description des codes d'activités*, sous la catégorie *Santé publique*, ajout de codes d'activités
- Au paragraphe 2.2 *Description des codes*, au sous-paragraphe 2.2.1 *Description des codes d'activités*, ajout de la catégorie *Services de procréation assistée* et de codes d'activités
- Au paragraphe 2.3 *Annexe 40 et Protocole d'accord - Médecine d'urgence*, au sous-paragraphe 2.3.3 *Exemple de facturation - Protocole d'accord - CAPQ*, modification de l'exemple

**Pages :** [19](#) à 22 et [25](#)

### - PAIEMENT

- Au paragraphe 5.8 *Codes de transactions et de messages explicatifs*, au sous-paragraphe 5.8.1 *Codes de transactions*, ajout des codes 18, 19, 28 et 29

**Page :** [12](#)

### - MESSAGES EXPLICATIFS

- Au paragraphe 6.1 *MSG - Salarial*, ajout des messages 321 et 324 et au message 892, modification du libellé
- Au paragraphe 6.2 *MSG - Honoraires forfaitaires*, ajout du message 439 et aux messages 412 et 701, modification du libellé

**Pages :** [10](#), [11](#) et [13](#)

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # corrections d'ordre administratif
  - + modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente et Protocole d'accord.
- 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 : 978-2-550-48103-4

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

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1.0 SALARIAT .....	1
AVANT-PROPOS .....	1
RÉMUNÉRATION MAJORÉE .....	1
1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ( <i>formulaire n° 1216</i> ) .....	2
1.1.1 Description du formulaire .....	3
1.1.2 Rédaction de la demande de paiement .....	5
1.2 EXPÉDITION .....	15
1.3 DESCRIPTION DES CODES .....	16
1.3.1 Description des codes d'activités .....	16
1.3.2 Description des codes de congé prévus à l'Entente (Annexe 21) .....	17
1.3.3 Secteurs de dispensation .....	18
1.4 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS .....	19
1.5 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX ( <i>Annexe 21 de l'Accord-cadre</i> ) .....	20
1.5.1 Description du bilan des avantages sociaux .....	21
1.6 ÉTAT DE LA FACTURATION ( <i>Avantages sociaux, Annexe 21 de l'Accord-cadre</i> ) .....	22
1.6.1 Description de l'état de la facturation .....	23
2.0 HONORAIRES FORFAITAIRES .....	1
AVANT-PROPOS .....	1
RÉMUNÉRATION MAJORÉE .....	1
2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - HONORAIRES FORFAITAIRES ( <i>formulaire n° 1215</i> ) .....	2
2.1.1 Description du formulaire .....	3
# 2.1.2 Rédaction de la demande de paiement .....	4
2.1.3 Le mode de rémunération .....	13
2.1.3.1 Préambule .....	13
2.1.3.2 Tarif horaire .....	14
2.1.3.3 Per diem .....	15
2.1.3.4 Per diem et tarif horaire .....	16
2.1.3.5 Per diem et demi-journée .....	17
2.1.3.6 Demi-journée et tarif horaire .....	18
2.2 DESCRIPTION DES CODES .....	19
2.2.1 Description des codes d'activités .....	19
2.2.2 Secteur de dispensation .....	22
2.3 ANNEXE 40 ET PROTOCOLE D'ACCORD - MÉDECINE D'URGENCE .....	23
2.3.1 Exemple de facturation - ANNEXE 40 .....	23
2.3.2 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD - URGENCE SANTÉ .....	24
2.3.3 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD - CAPQ .....	25
2.3.4 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD - EVAQ .....	26
2.3.5 Description des codes d'activités .....	27
2.3.6 Frais de déplacement et de séjour .....	29
2.4 EXPÉDITION .....	29

	<i>Page</i>
3.0 FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE .....	1
AVANT-PROPOS .....	1
3.1 FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE .....	2
3.1.1 Description de la feuille d'activité - Bénéficiaire .....	2
3.1.2 Rédaction de la feuille d'activité - Bénéficiaire .....	3
3.2 EXPÉDITION .....	11
ANNEXE I .....	12
4.0 FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR .....	1
4.1 (Annexe 23) .....	2
4.2 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres) .....	2
4.3 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT .....	3
4.4 FORMULAIRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ( <i>formulaire n° 1988</i> ) .....	4
4.4.1 Description du formulaire .....	5
5.0 PAIEMENT .....	1
5.1 MODE DE PAIEMENT .....	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	1
5.3 FACTURATION INFORMATISÉE .....	1
5.3.1 Retour d'erreurs à l'agence .....	1
5.4 ÉTAT DE COMPTE - SALARIAT .....	2
5.4.1 Description .....	3
5.5 ÉTAT DE COMPTE - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES .....	6
5.5.1 Description .....	7
5.5.2 Vérification des paiements .....	9
5.6 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	10
5.6.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	10
5.6.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	10
5.6.3 Paiement refusé en partie .....	10
5.6.4 Paiement refusé en totalité .....	10
5.6.5 Modification d'une demande déjà payée .....	11
5.7 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT .....	11
5.8 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS .....	12
# 5.8.1 Codes de transactions .....	12
5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2010) <i>Honoraires fixes - Salarial</i> .....	13
5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2011) <i>Honoraires fixes - Salarial</i> .....	14
5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2010) <i>S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte</i> .....	15
5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2011) <i>S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte</i> .....	16
6.0 MESSAGES EXPLICATIFS .....	1
6.1 MSG - SALARIAT .....	1
6.2 MSG - HONORAIRES FORFAITAIRES .....	8

## 1.2 EXPÉDITION

Au moment d'expédier les demandes de paiement à la Régie, **détacher et conserver l'exemplaire de l'établissement et du professionnel**, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

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;
- Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

### **Expédier à l'adresse suivante :**

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

### 1.3 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.

#### 1.3.1 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS

##### Services médicaux en centre hospitalier de soins psychiatriques (psychiatres seulement)

- 001015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 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

- 002015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 002030 Services cliniques
- 002032 Rencontres multidisciplinaires
- 002037 Planification - programmation - évaluation (ne s'applique pas aux psychiatres)
- 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)
- 002072 Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 002098 Services de santé durant le délai de carence

##### Soins de pneumophthysiologie

- 003030 Services cliniques
- 003032 Rencontres multidisciplinaires
- 003055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

##### Santé publique

- 005015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 005030 Services cliniques
- 005032 Rencontres multidisciplinaires
- 005037 Planification - programmation - évaluation
- 005038 Coordination
- 005047 Exécution
- 005088 Programme de vaccination contre la méningocoque
- 005091 Avis médicaux
- 005098 Services de santé durant le délai de carence

##### Santé publique - Programme contractuel de santé et sécurité du travail (CSST - Prévention)

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

##### Protocole d'accord - Conseil québécois de lutte contre le cancer

- 068011 Participation aux travaux du Conseil

**2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 6 à 12) - suite****PARTIE 6****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 7****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 8****Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 7, la lettre « A » ou « B » dans la case **C.S.** Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire **Document complémentaire - Considération spéciale n° 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 9****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 10****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 automobile.

Elle comporte les éléments suivants :

- lieu de travail habituel (établissement)
- lieu 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 se calcule du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement visité.

**Remarques :** 1) Il n'est plus nécessaire de fournir des pièces justificatives pour l'utilisation d'un véhicule personnel.

2) Pour réclamer des coûts de transport **autres que ceux reliés à l'utilisation de son automobile** ou lorsqu'une **description plus détaillée** des déplacements effectués est requise, le médecin doit remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*.

3) Les médecins **spécialistes en médecine d'urgence** doivent réclamer les frais de déplacement sur le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* (voir le sous-paragraphe 2.3.6).

- # 4) Toujours préciser **le point de départ** dans la case *Renseignements complémentaires*. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion ou, de préférence, le code postal correspondant au lieu de départ.

**PARTIE 11****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 12****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.

## 2.2 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'activités

#### 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*

- 005015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 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 pneumophtisiologie - *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 - Programme contractuel de santé et sécurité du travail (CSST - 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

**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 - Conseil québécois de lutte contre le cancer****068011** Participation aux travaux du Conseil**Protocole d'accord - table régionale de médecine spécialisée****083136** Président d'une table régionale**083137** Membre d'une table régionale**083138** Médecin mandaté d'une table régionale**+ Protocole d'accord - table régionale de prévention des infections nosocomiales****092136** Président d'une table régionale**092137** Membre d'une table régionale**092138** Médecin mandaté d'une table régionale**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

# 2.3.3 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD - CAPQ

0000

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de  
 l'assurance maladie  
**Québec**

<b>PROFESSIONNEL</b>		NOM	NO DU PROFESSIONNEL	NO DU GROUPE	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS
<b>ÉTABLISSEMENT</b>		NOM	NUMERO		<b>PÉRIODE</b>	
					CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT DIMANCHE LE ANNÉE MOIS JOUR SE TERMINANT SAMEDI LE ANNÉE MOIS JOUR	

QUANTITÉ	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	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			

<b>TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES</b>	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**

LIEU DE TRAVAIL HABITUEL (ÉTABLISSEMENT)	LIEU 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 AUTORISÉE 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

1215 292 03/05

**EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL**

2.3.4 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD - EVAQ

Régie de l'assurance maladie  
**Québec**

### DEMANDE DE PAIEMENT

Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

**0000**

---

**PROFESSIONNEL**

PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ NO DU PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_ NO DU GROUPE \_\_\_\_\_ C.S. \_\_\_\_\_ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES \_\_\_\_\_

---

**ÉTABLISSEMENT**

NOM \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

**PÉRIODE**

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT DIMANCHE LE \_\_\_\_\_ SE TERMINANT SAMEDI LE \_\_\_\_\_

ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

---

**ACTIVITÉS**

QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNE- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM												
1 7	TH	X			1	0 7 8 1 2 7		0 1 0 0	2				3			
1 8	TH		X		4	0 7 8 1 2 7		1 3 0 0	5				6			
1 9	TH	X			7	0 7 8 1 2 8		1 4 0 0	8				9			
2 0	TH		X		10	0 7 8 1 2 8		2 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			

SPÉCIMEN

---

**TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES** 0 5 3 0 0

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

---

**FRAIS DE DÉPLACEMENT**

LIEU DE TRAVAIL HABITUEL (ÉTABLISSEMENT) \_\_\_\_\_ LIEU D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) \_\_\_\_\_

DATE D'ARRIVÉE: ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_ HEURE D'ARRIVÉE \_\_\_\_\_ DISTANCE TOTALE \_\_\_\_\_ MONTANT RÉCLAME \_\_\_\_\_

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: 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 \_\_\_\_\_

---

1215 292 03/05

**EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL**

### 4.3 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

TARIF HORAIRE, HONORAIRES FORFAITAIRES ET VACATION

Dispositions générales	Directives
<p>Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant <b>en territoire non désigné</b> :</p> <p>+ - Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'au centre hospitalier.</p> <p>- Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport.</p> <p>+ - Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander le paiement de frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour <b>la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier au cours d'une semaine.</b></p>	<p>Remplir la section <i>Frais de déplacement</i> prévue dans le formulaire <i>Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215</i>, uniquement s'il y a utilisation de la voiture personnelle.</p> <p><b>N. B. : Les reçus d'essence ne sont pas requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.</b></p> <p>Si cette section ne permet pas de donner une description satisfaisante des déplacements effectués, utiliser le formulaire <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i>. Dans ce cas, attacher la demande dûment remplie au formulaire <i>Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215</i>.</p> <p><b>Note : Cette directive ne s'applique pas aux médecins spécialistes en médecine d'urgence qui doivent réclamer les frais de déplacement en utilisant le formulaire <i>Demande de paiement - Médecin n° 1200</i>.</b></p>

#### Dispositions particulières

- a) Aux territoires désignés (les municipalités dont les codes sont suivis d'un astérisque (\*), au sous-paragraphe 3.5.1 *Liste des localités* de votre manuel de facturation à l'acte, sont situées en territoire désigné, anciennement **C\***, **D** et **E**)
- b) À certaines catégories de professionnels

A) DÉPLACEMENT (frais de transport)	Directives
<p>- Voiture personnelle: 0,86 \$ par kilomètre</p> <p>- Autres moyens de transport</p> <p>- Le professionnel qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un <b>territoire désigné</b> est remboursé de ses frais <b>réels</b> de déplacement.</p>	<p>Suivre la procédure décrite précédemment</p> <p>Utiliser le formulaire <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i>, joindre les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et l'attacher au formulaire <i>Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215</i>.</p>
<p>+ <b>B) TEMPS DE DÉPLACEMENT</b></p> <p>- Dans un territoire désigné ou pour un médecin spécialiste visé à l'article 1.3 de l'<i>Annexe 23</i> ainsi qu'à la <i>Lettre d'entente n° 157</i>, une indemnité de 89 \$ s'ajoute pour le temps de déplacement.</p> <p>- Il est accordé une indemnité de 89 \$ l'heure pour un temps d'attente maximum de neuf heures par jour (y compris le temps de déplacement), à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un <b>territoire désigné</b> ainsi qu'au médecin spécialiste visé à la <i>Lettre d'entente n° 157</i>.</p>	<p>Utiliser le formulaire <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i> et mentionner à quel titre est faite la demande.</p> <p><b>IMPORTANT :</b> Le temps de déplacement relié à l'utilisation d'un moyen de transport doit toujours être facturé en même temps et sur la même demande de remboursement que les coûts de transport reliés à l'utilisation de ce même moyen de transport.</p>

Le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* est disponible à la Régie et dans certains établissements. Voir sa description et les instructions de facturation à la section 4.4.1 du présent onglet.

4.4 FORMULAIRE : DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT  
(formulaire n° 1988)

Régie de l'assurance maladie Québec

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**0000** **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	NO DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

**CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL**

Dentiste

Omnipraticien

Spécialiste

**MODE DE RÉMUNÉRATION**

Acte

Honoraires forfaitaires

Rémunération mixte

SLE

Tarif horaire

Vacation

**Déplacement**

LOCALITÉ DE DÉPART	DATE ANNÉE   MOIS   JOUR   HEURE
LOCALITÉ D'ARRIVÉE	DATE ANNÉE   MOIS   JOUR   HEURE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT

**Frais de déplacement**

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.	<b>TEMPS DE DÉPLACEMENT</b>	NBRE D'HEURES FACTURÉES	TAUX HORAIRE	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
	X			=	

MOYENS DE TRANSPORT				MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
DATE ANNÉE   MOIS   JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS			
SPÉCIMEN					
	Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	TAUX		
		X			

*NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.*

<b>MONTANT TOTAL DES FRAIS</b>	
--------------------------------	--

**Renseignements complémentaires**


**Signature du professionnel**

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

À L'USAGE DE LA RÉGIE

--

1988 292 06/04

COPIE DE LA RÉGIE

### 5.6.5 Modification d'une demande déjà payée

Le médecin qui désire modifier des services déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de paiement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Le délai pour demander la révision est de trois mois suivant la date du paiement. Le médecin doit utiliser le formulaire *Demande de révision n° 1549*.

### 5.7 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA 04 » et du code de message explicatif approprié (voir sous l'onglet *Messages explicatifs*).

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

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

## 5.8 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir sous l'onglet *Messages explicatifs*).

Aucun code

Demande de paiement ou acte payé au montant demandé

### 5.8.1 Codes de transactions

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

- 251** Code de congé de perfectionnement modifié pour celui du ressourcement en fonction de votre région de pratique, conformément à l'entente.
- 252** Le règlement de votre congé de perfectionnement est en attente, parce que votre date d'installation en région ne nous est pas connue.
- 253** Code de congé de ressourcement modifié pour celui de perfectionnement en fonction du solde de vos crédits ou de la région de pratique.
- 310** Le secteur de dispensation est absent, incomplet ou illisible.
- 311** Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- # **321** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 322** Le code d'activité inscrit n'est pas prévu à votre contrat ou à votre avis de service.
- 323** Le code d'activité inscrit ne correspond pas à celui autorisé à votre contrat ou à votre avis de service.
- # **324** L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 325** 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.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 450** Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire est dépassé. Nous avons donc ajusté les heures en fonction du maximum applicable.
- 455** Le maximum d'heures autorisé est dépassé.
- 500** La date de début du congé pour période continue et prolongée est non valide en fonction de la période de facturation. Veuillez refacturer.
- 501** Les données relatives au congé pour période continue et prolongée, soit la date de début, la date de fin, le code de congé ou la durée sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 506** La durée du congé pour période continue et prolongée a été modifiée en tenant compte des dates de début et de fin.
- 507** Facturation non retenue parce que votre demande pour une période continue et prolongée est considérée.
- 510** Votre congé pour période continue et prolongée a été modifié pour tenir compte de votre nouvelle facturation.
- 511** Le code de congé réclamé n'est pas permis en période continue et prolongée.
- 512** Il s'agit de la dernière demande de paiement générée, puisque la date de fin de votre facturation en période continue et prolongée est atteinte.
- 513** Facturation non retenue, afin de la rendre conforme à la modification de votre congé en période continue et prolongée.
- 514** La facturation de votre congé en période continue et prolongée a été modifiée pour la rendre conforme aux dispositions stipulées à votre entente.
- 515** Paiement refusé parce que vous n'êtes pas admissible à ce congé.
- 676** Votre congé est refusé, puisqu'aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie.
- 677** Le maximum de jours payables pour ce type de congé est atteint.
- 700** Le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours du début de la période d'invalidité.
- 701** Le certificat médical fourni pour le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus est inacceptable. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 702** Nous n'avons pas reçu le certificat médical demandé pour le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus. La rémunération versée est donc récupérée.

- 703** Conformément à votre entente, les deux premiers jours de toute période d'invalidité au delà de la deuxième au cours de la même année ne sont pas rémunérés (réf. *Annexe 21*, art. 8.02 - *Brochure n° 1*).
- 704** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont conformes.
- 705** Le congé de perfectionnement ou de ressourcement doit être justifié par des documents pertinents. La rémunération versée pour ces congés sera récupérée, si ces pièces ne sont pas reçues dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 706** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont inacceptables. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 707** Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives pour les congés de perfectionnement ou de ressourcement. La rémunération versée est donc récupérée.
- 708** Facturation de vos congés de perfectionnement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 709** Facturation de vos congés de ressourcement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 711** Le maximum de jours de congé pour visites médicales reliées à la grossesse est atteint. Nous avons donc modifié votre facturation pour un code d'assurance invalidité.
- 712** Ce code de congé doit être utilisé pour visites médicales reliées à la grossesse.
- 713** Le congé pour visite médicale reliée à la grossesse doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée, si le document n'est pas reçu dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 714** Nous n'avons pas reçu le certificat médical justifiant le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse. La rémunération versée est donc récupérée.
- 715** Facturation non retenue parce que le code de congé est relatif à la maternité.
- 716** Le certificat médical reçu justifie le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse.
- 719** Nous récupérons le montant que vous avez reçu à titre de prestation d'assurance emploi.
- 720** Un congé de maternité ne peut être discontinué plus d'une fois. Nous considérons donc votre congé de maternité terminé.
- 721** La Régie a la responsabilité de rémunérer les trois premières semaines d'un retrait préventif (code 22) en fonction de la date de début de celui-ci. Même si la facturation de la deuxième et de la troisième semaines paraît refusée, celle-ci sera considérée et fera l'objet d'un paiement spécifique.
- 722** Le nombre maximum de jours payables lors d'un retrait préventif (code 22) est atteint. Cependant, s'il s'agit de la deuxième et de la troisième semaines de votre congé, la rémunération des jours payables pour cette période fera l'objet d'un paiement spécifique. Au delà de cette période, la rémunération de votre congé relève de la CSST.
- 723** Votre congé pour retrait préventif est considéré comme étant terminé.
- 724** Congé de retrait préventif modifié pour tenir compte des nouvelles conditions qui s'appliquent.
- 725** Votre demande de retrait préventif est en attente des pièces justificatives qui certifient l'acceptation du retrait par la CSST.
- 726** L'extension de votre congé de maternité est refusée, parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à l'entente.
- 727** Facturation à l'extérieur de la période d'extension prévue à votre congé de maternité.
- 728** La période d'extension du congé de maternité est terminée.
- 729** La facturation d'un congé de retrait préventif (code 22) doit se faire dans la partie détaillée *Congés*, lorsqu'il y a diminution de la période régulière d'activités professionnelles.
- 734** Conformément à l'entente, vous avez droit à un congé de maternité de 20 semaines dont dix peuvent être rémunérées.
- 735** Conformément à l'entente, vous avez droit à un congé de maternité non rémunéré de 20 semaines.
- 736** Conformément à l'entente, en cas d'interruption de grossesse, le nombre minimal de semaines de grossesse pour avoir droit au congé de maternité est de 20 semaines.

- 888** Demande de paiement ou requête de règlement interne (RRI) révisée à la suite d'une modification à votre contrat ou à votre avis de service.
- 889** À la suite de la fermeture de votre dossier, certains crédits accumulés vous sont payés conformément à l'entente (fériés, vacances et maladies).
- 890** Demande de paiement ou requête de règlement interne (RRI) révisée à la suite de la modification de votre dossier concernant vos années d'expérience.
- 891** Conformément à l'article 8.6 de l'*Annexe 38*, le médecin qui réclame le paiement du montant forfaitaire au cours d'une journée de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée au cours de la période de 7 h à 17 h.
- # **892** Conformément à l'article 13.1 de l'*Annexe 38*, le médecin qui réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée ne peut être rémunéré, entre 7 h et 17 h, pour les activités médicales visées aux Protocoles d'accord.
- 893** Conformément à l'article 14.1 de l'*Annexe 38*, le médecin qui réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré au sein d'un autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.
- 895** Congé révisé afin d'appliquer la valeur calculée de fin d'année.
- 897** Demande de paiement ou requête de règlement interne (RRI) révisée à la suite du nouveau calcul de la valeur de votre congé.
- 900** Le code de localité n'est pas retenu, puisqu'aucune activité correspondante n'a été soumise.
- 905** Le code de localité est incomplet, non valide ou illisible.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

**6.2 MSG - HONORAIRES FORFAITAIRES**

- 100** Le numéro du médecin est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 101** Le numéro du médecin est absent au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 102** Le nom du médecin est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 103** Les services ont été dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 104** Selon nos renseignements, 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 non conforme à celle indiquée au contrat et à l'autorisation 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 médecin parce que le numéro de groupe est illisible.
- 151** Honoraires payés directement au médecin parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 152** Honoraires payés directement au médecin 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 aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 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 médecin.
- 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 par le médecin 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 médecin.
- 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 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.
- 207** Vos honoraires, majorés en raison du caractère urgent, ont été réévalués, car les notes explicatives fournies ne permettent pas de considérer ce service effectué pendant l'horaire de garde, comme une intervention urgente rendue dans un établissement de santé ou un site d'une mission.
- 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 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'autorisation de services avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309** La date des services est postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312** Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas couverts par une autorisation de services.
- 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.
- 317** Le secteur de dispensation n'est pas indiqué, est incomplet ou illisible.
- 318** Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- 322** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 323** L'activité identifiée par le code n'est pas autorisée 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 autorisée.
- 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 est invalide.
- 346** Pour facturer des services cliniques dispensés le week-end dans les régions 17 et 18 ou comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord, vous devez utiliser le code d'activité XXX064 conformément à la *Lettre d'entente n° 40*.
- 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.
- 354** Pour bénéficier de la rémunération pour cette activité, le médecin doit exercer et résider dans les régions 17 ou 18 ou exercer comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord.
- 356** Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 361** Heures coupées afin d'obtenir un total divisible par trois.
- 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 facturées 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.
- 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.
- 382** Nous vous versons le montant le plus élevé possible compte tenu des règles de calcul en vigueur.
- 383** Le maximum d'heures pouvant être facturé dans les plages horaires étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 384** L'heure du début de l'activité rémunérée par le forfait n'est pas inscrite dans les renseignements complémentaires.
- 395** Pour les médecins spécialistes exerçant au service d'interventions médicales d'urgence (Urgence-Santé du Montréal Métropolitain), le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 35 par semaine conformément à la *Lettre d'entente n° 99 - Brochure n° 1*.
- 400** Certaines données obligatoires relatives à un déplacement sur la demande de paiement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 401** Certaines données obligatoires relatives à un déplacement sur une demande de remboursement de frais de déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 402** La date d'arrivée à destination est absente ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.
- 403** L'heure d'arrivée à destination ou de départ sont absentes ou incompatibles avec les heures pour lesquelles le paiement de services professionnels est demandé.
- 404** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais encourus sont payables pour les déplacements liés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 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** Pour ce déplacement, l'autorisation de services avec l'établissement visité n'a pas été inscrite à votre dossier.
- 408** Aucun service 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 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.
- 417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 418** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.

- 420** Le temps de déplacement a été rectifié selon le mode de transport le plus adéquat.
- 421** Le temps de déplacement a été rectifié selon le nombre de kilomètres accepté.
- 422** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons imprévisibles est limité à 9 heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 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.
- 428** Le nombre d'heures de déplacement est absent, incomplet ou illisible.
- 430** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de l'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 dans les pièces justificatives sont incomplets.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 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 n° 1988*.
- 438** Cette demande de changement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables à tarif horaire, mais plutôt à l'acte. Afin que la Régie puisse effectuer le remboursement, veuillez nous transmettre le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* en identifiant le numéro de la demande de remboursement originale.
- # **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.
- 440** Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation à l'*Annexe 32*.
- 441** La prime de remplacement n'est pas autorisée.
- 444** Avance servant à payer le billet d'avion pour un déplacement prévu, récupérée trois mois après la date prévue du départ en cas de non réception du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*.
- 445** Récupération de l'avance versée pour un billet d'avion en l'absence de réception du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*.
- 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** Les frais de déplacement pour se rendre dans un même établissement sont limités à une fois par semaine.
- 473** Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 474** La location d'une voiture 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.
- 478** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.
- 479** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.

- 480** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée jusqu'à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 481** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 503** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 550** Rectification d'une demande de paiement payée.
- 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.
- 602** Nous n'avons pas reçu l'autorisation de services de l'établissement ou du MSSS.
- 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.
- 612** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 613** Ajustement rétroactif des barèmes 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 médecin.
- 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.
- 654** Ajustement d'intérêt.
- 660** Le nombre de 30 jours ouvrables pour lesquels votre participation avait été demandée est atteint. L'approbation des parties négociantes est maintenant requise.
- 661** Le mode de rémunération facturé est non conforme à celui prévu au contrat et à l'autorisation de service.

- 663** Un seul mode de tarification est permis par jour.
- 664** Le mode de rémunération utilisé n'est pas autorisé par les ententes.
- 666** Ce service n'est pas rémunérable une journée fériée.
- 667** Ce service exige un temps de service continu de 60 minutes.
- 668** Le temps minimum requis par jour, prévu à l'entente, n'a pas été atteint.
- 669** Le nombre maximum d'heures par jour, prévu à l'entente, a été dépassé.
- 670** Seules des périodes complètes de service de 60 minutes sont rémunérables.
- 671** Vous détenez un contrat en mode de rémunération mixte dans cet établissement.
- 672** Ce service n'est pas facturable en semaine, sauf s'il s'agit d'un congé férié identifié et déclaré.
- 673** Celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires relatifs à ce mode de rémunération.
- 674** Celui qui est payé au per diem, en vertu de l'*Annexe 15*, ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie, sauf ceux prévus pour la garde.
- 675** Le dépassement des heures prévues à l'entente doit être justifié par des notes explicatives.
- 676** Le mode de rémunération est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 677** Le nombre maximum de montants forfaitaires, prévu à l'article 2.4 i) de l'*Annexe 40*, a été dépassé.
- 678** Le nombre maximum de montants forfaitaires, prévu à l'article 2.4 ii) de l'*Annexe 40*, a été dépassé.
- 680** Ce service ne peut être facturé lors d'une journée fériée en semaine.
- 681** Ce service n'est pas rémunérable une fin de semaine.
- 682** Les services rendus hors du Québec sont non rémunérables à la vacation et à tarif horaire.
- 683** Les crédits de jours de ressourcement sont épuisés.
- 684** Jour de ressourcement non payable, puisque vous êtes soumis à l'article 3.1 de l'*Annexe 19* (réf. *Annexe 40*, article 6.9).
- 700** Conformément à l'article 8.6 de l'*Annexe 38*, le médecin qui réclame le paiement du montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- # **701** Conformément à l'article 13.1 de l'*Annexe 38*, le médecin qui réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée ne peut être rémunéré, entre 7 h et 17 h, pour les activités médicales visées aux Protocoles d'accord.
- 702** Conformément à l'article 14.1 de l'*Annexe 38*, le médecin qui demande le paiement d'un per diem au cours d'une journée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré au sein d'un autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.
- 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.
- 713** L'indemnité relative au temps de déplacement doit être facturée sur le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* (réf. *Lettre d'entente A-50*).
- 732** La réclamation des frais de kilométrage n'est pas acceptée, étant donné que le temps de déplacement (09992) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 804** Conformément à l'article 6.6 de l'*Annexe 40*, le médecin qui réclame le paiement du montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 805** Vous devez obligatoirement nous faire parvenir l'attestation de présence.
- 806** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au séjour de ressourcement.
- 812** Puisqu'un jour de ressourcement est déjà payé pour ce quantième, aucune heure d'activité, aucun forfait et aucun autre ressourcement ne peuvent être considérés.
- 826** Le ressourcement est déjà payé (double facturation).
- 841** Les pièces reçues pour le ressourcement sont inacceptables.
- 842** L'attestation de présence doit être émise par l'organisme qui donne la formation.
- 850** Le médecin qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.