

5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire 1215*)

5.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes admissibles au paiement à **tarif horaire** le formulaire *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215).

- # Pour imprimer des exemplaires de ce formulaire, consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, dans la section *Formulaires* de votre catégorie de professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé en cliquant sur le lien disponible. Les coordonnées 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'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Remplir les formulaires en lettres détachées.

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

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 1^{er} novembre 20AA s'écrit AA.11.01.

5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1215)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE **1**

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
PRENOM **2** NOM _____ N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____ C.S. **8** NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES **10**

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

QUAN- TIÈME	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
	MISE EN RATON	PARCE HORAIRE (COCHER)	REF.	REF.												
					1				2				3			
					4				5				6			
					7				8				9			
					10				11				12			
5					13	6			14				15			
					16				17				18			
					19				20				21			
					22				23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

SPÉCIMEN

TOTAL
DES HEURES
TRAVAILLÉES **7**

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____
 _____ **9**

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

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE _____



SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
IL CONVIENT QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.
12 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.
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.**

DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte **treize** parties :

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

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

5.2 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 2899994		N° DU GROUPE		C.B.		NUMÉRIQUE DE DOCUMENTS PRODUITS						
ÉTABLISSEMENT NOM Hôpital Laval				NUMÉRO 02068		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 16 04 17		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR 16 04 23						
QUAN- TIÈME	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 RÉGIME	PLAGE HORAIRE (COCHER)	REF.													
				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		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RÉCLAMÉ		
								ANNÉE MOIS JOUR				KM				
HEURES DE DÉPLACEMENT																
NOMBRE																
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE							DATE									
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.							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.																

SPÉCIMEN

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe

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

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

PARTIE 2

Professionnel

L'identité du dentiste 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 de groupe assigné par la Régie, si le dentiste désire que le paiement soit fait à une société de professionnels dont il est membre.

PARTIE 3

Établissement

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

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres) selon le Répertoire des établissements, qui est disponible sur demande. 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** pour une semaine conventionnelle.

PARTIE 5

Quantième

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

PARTIE 6

Activités

Indication des heures effectuées.

Cette partie qui comporte 15 lignes ou 45 périodes de référence, permet au dentiste **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 :

- **Le mode de rémunération :**

TH qui correspond à l'identification du mode de rémunération « Tarif horaire ». Il est requis sur la 1^{re} ligne de service et est appliqué automatiquement sur les lignes de services subséquentes jusqu'au changement suivant.

- **Plage horaire :**

Le dentiste 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 (A.M.) :	de 7 h à 12 h
Après-midi (P.M.) :	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.

Exemple

Heure de début : 7 h
Heure de début : 13 h

Heure de fin : 12 h 30
Heure de fin : 16 h 30

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

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

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

PARTIE 6 (suite)

- Code d'activité

Le code d'activité est composé de six chiffres.

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

Toutefois, le dentiste facturant ses activités dans le cadre d'ententes particulières prévoyant un maximum d'heures par activité doit indiquer rigoureusement les activités effectuées.

Remarque : Pour la nomenclature complète des codes d'activités et leur description, veuillez vous référer à la section 5.5 du présent onglet.

- Secteur de dispensation (Secteur disp.)

Le secteur de dispensation en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est composé de deux chiffres.

Lorsque des services cliniques sont dispensés, le dentiste indique le code du secteur où il a exercé sa principale activité, sauf le code 08 qui ne doit pas être utilisé lorsque les services sont rendus dans un centre hospitalier psychiatrique.

Remarque : Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », veuillez vous référer à la section 5.6 du présent onglet.

- 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'inscrivent 03,75.

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.

5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (Parties 8 à 13)

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie Québec													
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____		C.S. A NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES 1													
PROFESSIONNEL PRÉNOM: _____ NOM: _____		N° DU PROFESSIONNEL: _____ N° DU GROUPE: _____													
ÉTABLISSEMENT NOM: _____ NUMÉRO: _____		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE: _____													
		DÉBUTANT LE DIMANCHE: _____ SE TERMINANT LE SAMEDI: _____													
		ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR													
ACTIVITÉS															
QUAN- TIÈME	HEURES TRAVAILLÉES		REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR D'ACT.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR D'ACT.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR D'ACT.	HEURES TRAVAILLÉES	
	HEURES MATIN	HEURES APRÈS-MIDI													HEURES SOIRÉE (cocher)
			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		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RECLAMÉ	
Lévis				Beauceville		1 5 0 7 1 3		0 9 0 0		0 0 8 0		km		0 4 0 0 0	
HEURES DE DÉPLACEMENT				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT											
NOMBRE				LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.											
0 1 0 0				SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. <i>Pierre Urtel</i>											
				SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT <i>Jacques Responsable</i>											
DATE				DATE											
ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR											
1 5 0 7 1 3				1 5 0 7 1 3											
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.															

PARTIE 8

C.S. (Considération spéciale)

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

Lettre B : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

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 d'un document complémentaire et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

PARTIE 10

Nombre de documents annexés

Inscrire 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 (ne jamais agraffer).

PARTIE 11

Frais de déplacement

Cette partie permet au dentiste d'indiquer un déplacement autorisé, effectué pour se rendre à l'établissement **s'il a utilisé son automobile** 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.

Note : Si le code postal dessert un grand territoire, vous pouvez inscrire l'adresse de votre établissement de départ ou visité pour plus de précisions.

PARTIE 11 (suite)

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 et de l'établissement visité.

Remarque : Il n'est pas nécessaire de fournir des pièces justificatives pour l'utilisation d'un véhicule personnel.

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.

PARTIE 12

Signature du professionnel ou du mandataire

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par le dentiste 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.

5.3 EXPÉDITION

- # Transmettre à la Régie la copie portant les deux signatures, remettre une copie à l'établissement et conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.
- # Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour le document :
 - utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
 - orientation de type « portrait »;
 - format de 100 % – taille réelle;
 - impression recto seulement;
 - une page par feuille;
 - lisible;
 - bonne qualité d'impression.
- # Placer les copies destinées à la Régie dans les enveloppes 22,9 cm X 30,50 cm (9 po X 12 po) et les envoyer après chaque période à laquelle s'applique la demande de paiement. Toujours s'assurer que les envois sont suffisamment affranchis et inscrire les nom et adresse de retour dans le coin supérieur gauche de l'enveloppe.
- # L'enveloppe doit être adressée à :

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

5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

Voir sous l'onglet *Rémunération à l'acte* à la section 3.2.4.8.

5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

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

Services dentaires en centre (établissement)

- 002030 Services cliniques
- 002032 Rencontres multidisciplinaires
- 002092 Autres services (à préciser par le dentiste)
- 002098 Services de santé durant le délai de carence

Santé publique

- 005032 Rencontres multidisciplinaires
- 005037 Planification programmation - évaluation
- 005038 Coordination
- 005047 Exécution
- 005098 Services de santé durant le délai de carence

Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord

- 017030 Services cliniques
- 017032 Rencontres multidisciplinaires
- 017092 Temps de déplacement (entre l'établissement principal et les points de service), d'installation et autres services
- 017098 Services de santé durant le délai de carence

5.6 SECTEURS DE DISPENSATION

S'applique dans tout centre, sauf en CLSC

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

5.7.1 Description de la demande de remboursement des frais de déplacement

Ce formulaire comprend **neuf** parties.

1. **PROFESSIONNEL** : Inscrire le prénom usuel, le nom de famille et le numéro d'inscription à la Régie.

2. **MODE DE RÉMUNÉRATION** : Spécifier si la rémunération est à tarif horaire, à l'acte ou à l'unité.

3. **DÉPLACEMENT** : Inscrire le code postal du lieu de départ, la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée à destination, le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro. Ces renseignements sont obligatoires.

4. **FRAIS DE DÉPLACEMENT** : Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.

5. **TEMPS DE DÉPLACEMENT** : Inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente et le montant calculé à 100 %. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

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

6. **MOYEN DE TRANSPORT** : Inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) X par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule du code postal du lieu de départ au Québec jusqu'à l'établissement visité.

7. **MONTANT TOTAL DES FRAIS** : Inscrire la somme des montants réclamés.

8. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande.

9. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : Le formulaire **doit être signé à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date est également très importante.**

Remarque : Dans le but d'accélérer le traitement et d'éviter le refus de vos demandes de remboursement, il est impératif de vous conformer aux instructions suivantes :

- Produire **l'original des pièces justificatives** (au lieu d'une copie). Celles-ci vous seront retournées sur demande.
- Vous assurer que **chacune des pièces** justificatives que vous avez obtenues soit **datée et signée**.
- Indiquer le point de **départ** et de **destination** sur la pièce qui justifie un déplacement.
- Fournir les pièces justificatives lors de l'utilisation d'une automobile louée, notamment les reçus d'essence **de la première et de la dernière journée de location**, s'ils ne sont pas déjà inclus dans le contrat de location.
- Il n'est plus nécessaire de fournir de reçus pour justifier l'utilisation de votre voiture personnelle.
- Utiliser **un** formulaire **par destination**.