

4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

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

4.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les dentistes admissibles au paiement d'honoraires fixes le formulaire *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (1216).

- # Pour imprimer des exemplaires de ce formulaire, consultez 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 pour le transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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, c'est-à-dire **année, mois, jour** en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 1^{er} novembre 20AA s'écrit AA.11.01.

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1216)

DEMANDE DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de l'assurance maladie
Québec

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE (1) _____

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

ÉTABLISSEMENT
NOM (3) _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE _____ DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____ SE TERMINANT LE SAMEDI ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____ (4)

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

HEURES SUPPLÉMENTAIRES
ACCUMULATION 60 _____ NOMBRE D'HEURES (9) _____

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

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES (8) _____ TOTAL DES HEURES DE REMISE _____ TOTAL DES JOURS DE CONGÉS _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (11) _____

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE
80 DATE DE DÉBUT ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____ DATE DE FIN ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____ CODE DU CONGÉ (13) _____ DURÉE (JOURS) _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. (16) _____ ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI S'IGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. (17) _____ ANNEE _____ MOIS _____ JOUR _____

JURE OU TÉMOIN
Spécifier la rémunération reçue (14) _____ \$

ASSURANCE-INVALIDITÉ
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAQA, ou de tout autre régime auquel il a contribué l'établissement ou la Régie. (15) _____ \$

(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

SPÉCIMEN

1216 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 17 parties.

1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres
2. Identité du professionnel 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. Indication des congés.
8. Total des heures travaillées et de congés durant la période indiquée.
9. Total des heures supplémentaires accumulées et de remise de temps.
10. C.S. (Considération spéciale).
11. Renseignements complémentaires.
12. Nombre de documents annexés.
13. Congés pour période continue et prolongée.
14. Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin.
15. Montant d'assurance invalidité reçu.
16. Signature du professionnel ou du mandataire.
17. Attestation de l'établissement.

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

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (Parties 1 à 4)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------|---------------|--------|----------------------------|
| DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | |
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2 | | PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE | | NOM UNTEL | | N° DU PROFESSIONNEL 2 8 9 9 9 9 4 | | C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM Hôpital Laval | | | | NUMÉRO 0 2 0 6 8 | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 1 5 0 7 1 2 | | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR 1 5 0 7 1 8 | | | | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | CONGÉS | | | | | | |
| QUANTITÉ | PLAGE HORAIRE (cocher) | | | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | REF. | CODE | DURÉE (JOURS) | | |
| | NUIT | AM | PM | SOIR | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1 | | | 2 | | | | 40 | | | | |
| | | | | | 3 | | | 4 | | | | 41 | | | | |
| | | | | | 5 | | | 6 | | | | 42 | | | | |
| | | | | | 7 | | | 8 | | | | 43 | | | | |
| | | | | | 9 | | | 10 | | | | 44 | | | | |
| | | | | | 11 | | | 12 | | | | 45 | | | | |
| | | | | | 13 | | | 14 | | | | 46 | | | | |
| | | | | | 15 | | | 16 | | | | 47 | | | | |
| | | | | | 17 | | | 18 | | | | 48 | | | | |
| | | | | | 19 | | | 20 | | | | 49 | | | | |
| | | | | | 21 | | | 22 | | | | 50 | | | | |
| | | | | | 23 | | | 24 | | | | 51 | | | | |
| | | | | | 25 | | | 26 | | | | 52 | | | | |
| | | | | | 27 | | | 28 | | | | 53 | | | | |
| | | | | | 29 | | | 30 | | | | 54 | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | | | | |
| ACCUMULATION | 60 | | | NOMBRE D'HEURES | | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | 70 | QUANTIÈME | HEURES | 71 | QUANTIÈME | HEURES | 72 | QUANTIÈME | HEURES | 73 | QUANTIÈME | HEURES | 74 | QUANTIÈME | HEURES | TOTAL DES HEURES DE REMISE |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | DATE DE DÉBUT | DATE DE FIN | CODE DU CONGÉ | DURÉE (JOURS) | SIGNATURE DE LA RÉGIE | | JURÉ OU TÉMOIN | | MONTANT | | Spécifier la rémunération reçue | | | | | |
| | ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | | ANNÉE MOIS JOUR | | | | \$ | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LE CERTIFIER QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSURANCE-INVALIDITÉ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRO, par la CSST, par la CARRA, par la SAQA, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |

1216 292 15/04

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).

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, disponible sur demande. Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service.

PARTIE 4

Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **sept jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle**.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (Parties 5 à 8)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------------------|----------------------|-------------|-----------|---------------------|------------------|--|---------------|--|-----------------------|---|------------------------------------|---|------------------|----------------------------------|--|
| DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | | | | | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | |
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE | | PROFESSIONNEL PRENOM | | NOM | | N° DU PROFESSIONNEL | | C.S. | | NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM | | | | | | NUMÉRO | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE | | | | DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR | | SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR | | | |
| ACTIVITÉS | | | | | | | | | | | | CONGÉS | | | | | |
| QUAN- TIÈME | FLAGE HORAIRE (cocher) | | | | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | REF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | REF. | CODE | DURÉE (JOURS) | | |
| 1, 7 | X | | | | 1 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 5, 0, 0 | 2 | | | | 40 | | | | |
| 1, 7 | | X | | | 3 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 6, 0, 0 | 4 | | | | 41 | | | | |
| 1, 8 | X | | | | 5 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 2, 0, 0 | 6 | 0, 0, 2, 0, 3, 2 | 0, 1 | 0, 2, 0, 0 | 42 | | | | |
| 1, 9 | | X | | | 7 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0 | 8 | | | | 43 | | | | |
| 2, 0 | X | | | | 9 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 2, 0, 0 | 10 | 0, 0, 2, 0, 3, 2 | 0, 1 | 0, 2, 5, 0 | 44 | | | | |
| 2, 1 | | X | | | 11 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0 | 12 | | | | 45 | | | | |
| 2, 2 | X | | | | 13 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 4, 0, 0 | 14 | | | | 46 | | | | |
| 2, 2 | | | | | 15 | | | | 16 | | | | 47 | 0, 2 | 0, 5, 0 | | |
| 2, 3 | | X | | | 17 | 0, 0, 2, 0, 3, 0 | 0, 1 | 0, 5, 0, 0 | 18 | | | | 48 | | | | |
| | | | | | 19 | | | | 20 | | | | 49 | | | | |
| | | | | | 21 | | | | 22 | | | | 50 | | | | |
| | | | | | 23 | | | | 24 | | | | 51 | | | | |
| | | | | | 25 | | | | 26 | | | | 52 | | | | |
| | | | | | 27 | | | | 28 | | | | 53 | | | | |
| | | | | | 29 | | | | 30 | | | | 54 | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES | | TOTAL DES JOURS DE CONGÉS | | | | | |
| ACCUMULATION | 60 | | NOMBRE D'HEURES : | | | | | | | | | | | | 0, 3, 6, 5, 0 | 0, 5, 0 | |
| REMISE DE TEMPS (CODE 80) | 70 | QUARTIÈRE | HEURES | 71 | QUARTIÈRE | HEURES | 72 | QUARTIÈRE | HEURES | 73 | QUARTIÈRE | HEURES | 74 | QUARTIÈRE | HEURES | TOTAL DES HEURES DE REMISE | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | CODE DU CONGÉ | | DURÉE (JOURS) | | MONTANT DE LA PÉRIODE | | MONTANT | | | | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | | | Spécifier la rémunération reçue | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE | | | | | | | | | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | |
| SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT | | | | | | | | | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | |
| ASSURANCE-INVALIDITÉ | | | | | | | | | | ANNÉE | | MOIS | | JOUR | | | |
| Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 5

Quantième

Cette partie permet au dentiste d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus ou qu'un congé est demandé. Ce quantième est exprimé en utilisant deux chiffres.

PARTIE 6

Activités

Indication des heures effectuées.

Cette partie qui comporte quinze lignes ou 30 périodes de référence, permet au dentiste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires fixes.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- 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**.

Exceptions :

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus une heure si cela peut éviter au dentiste 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 dentiste ne travaille pas en après-midi.

Exemple 2 : Voir page suivante...

PARTIE 6 (suite)

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

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 entraînera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.

- Codes 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.

Remarque : Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, veuillez vous référer à la section 4.4 du présent onglet.

- Secteur de dispensation (Secteur disp.)

Le secteur de dispensation en centre hospitalier de courte durée 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 4.6, 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

Congés

Indication des congés.

- Code du congé

La liste des codes de congé (deux chiffres) paraît au point 4.5 du présent onglet. Ce code doit toujours être indiqué lorsqu'un jour de congé est réclamé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé réclamé sur cette ligne.

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

Code 34 : Vacances reportées
Code 02 : Vacances accumulées
Code 32 : Vacances anticipées

Le dentiste en sera informé par son état de compte.

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

Code 09 : Congé de perfectionnement
Code 11 : Congé de perfectionnement reporté

Le dentiste en sera informé par son état de compte.

Remarque 3 : Voir la partie 13 lorsque la durée du congé est d'au moins une période de facturation complète soit une semaine.

Durée du congé

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

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

PARTIE 8**Total des heures travaillées**

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

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 036,50 heures.

Total des jours de congé

La somme des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne CONGÉS - DURÉE EN JOURS.

Selon l'exemple choisi, le nombre de jours de congé pouvant être rémunéré ou non selon le code est de 1,00 jour.

PARTIE 9

Heures supplémentaires

Cette partie est divisée en deux, soit d'une part l'accumulation du nombre d'heures supplémentaires effectuées que le dentiste désire reprendre en remise de temps. D'autre part, la demande des heures remises en temps pour remplacer des heures régulières non travaillées.

- Accumulation

Deux possibilités peuvent se présenter :

- A. Le dentiste désire accumuler un **nombre précis d'heures** supplémentaires effectuées.

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

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

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

Remarque : Les heures effectuées en garde sur place, là où cette possibilité s'applique, ne peuvent être accumulées en temps supplémentaire.

- Remise de temps supplémentaire

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

La remise de temps est utilisée pour combler, en partie ou en totalité, la période régulière d'activités professionnelles.

Pour l'utilisation des heures de temps supplémentaire accumulées, inscrire les heures demandées sur la ligne « Remise de temps » (code **80**).

Inscrire le quantième de la journée régulière choisie et le nombre d'heures facturées.

Inscrire le nombre total des heures réclamées dans la case *Total des heures de remise*.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (Parties 10 à 17)

| DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | Régie de l'assurance maladie Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------|-----------------|---------------|--------------------|------|-----------------|---------------|--------------------|-----------------|---------------|--------------------|------|-----------------|---------------|--------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|
| NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____ | | G.S. _____ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____ N° DU PROFESSIONNEL _____ | | A _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____ | | PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE _____ DÉBUTANT LE DIMANCHE _____ ANNÉE MOIS JOUR 1 5 0 7 1 2 SE TERMINANT LE SAMEDI _____ ANNÉE MOIS JOUR 1 5 0 7 1 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUANTIÈME _____ | ACTIVITÉS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PLAGE HORAIRE (cocher)</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th colspan="2">CONGÉS</th> </tr> <tr> <th>RÉF.</th> <th>CODE</th> <th>DURÉE (JOURS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NUIT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SOIR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>46</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td>47</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td>48</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td>49</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td>50</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td>51</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td>52</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td>53</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td>54</td><td></td></tr> </tbody> </table> | PLAGE HORAIRE (cocher) | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | CONGÉS | | RÉF. | CODE | DURÉE (JOURS) | NUIT | | | | | | | | | | | AM | | | | | | | | | | | PM | | | | | | | | | | | SOIR | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | 40 | | | 3 | | | | 4 | | | | 41 | | | 5 | | | | 6 | | | | 42 | | | 7 | | | | 8 | | | | 43 | | | 9 | | | | 10 | | | | 44 | | | 11 | | | | 12 | | | | 45 | | | 13 | | | | 14 | | | | 46 | | | 15 | | | | 16 | | | | 47 | | | 17 | | | | 18 | | | | 48 | | | 19 | | | | 20 | | | | 49 | | | 21 | | | | 22 | | | | 50 | | | 23 | | | | 24 | | | | 51 | | | 25 | | | | 26 | | | | 52 | | | 27 | | | | 28 | | | | 53 | | | 29 | | | | 30 | | | | 54 | | |
| PLAGE HORAIRE (cocher) | RÉF. | | | | | | | | | | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | RÉF. | CODE D'ACTIVITÉ | SECTEUR DISP. | HEURES TRAVAILLÉES | CONGÉS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | RÉF. | CODE | DURÉE (JOURS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUIT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | 2 | | | | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | 4 | | | | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | 6 | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | 8 | | | | 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | | | | 10 | | | | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | | | | 12 | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 | | | | 14 | | | | 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15 | | | | 16 | | | | 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 17 | | | | 18 | | | | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 19 | | | | 20 | | | | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 21 | | | | 22 | | | | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 23 | | | | 24 | | | | 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25 | | | | 26 | | | | 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 27 | | | | 28 | | | | 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 29 | | | | 30 | | | | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES _____ | | TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMISE DE TEMPS (CODE #) 70 QUANTIÈME HEURES 71 QUANTIÈME HEURES 72 QUANTIÈME HEURES 73 QUANTIÈME HEURES 74 QUANTIÈME HEURES | | TOTAL DES HEURES DE REMISE _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE 80 DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS) | | JURE OU TÉMOIN Spécifier la rémunération reçue _____ MONTANT (0,2,5,10,0) \$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE Pierre Untel | | ASSURANCE-INVALIDITÉ Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARPA, par la SAQ, ou de tout autre régime auquel il a contribué l'établissement ou la Régie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts. Jacques Responsable | | (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1216 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.

PARTIE 10

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 11

Renseignements complémentaires

- # Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 10, la lettre « A » ou « B » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir d'un document complémentaire et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

PARTIE 12

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 (ne jamais agraffer).

PARTIE 13

Congés pour période continue et prolongée

Le dentiste peut à sa convenance utiliser cette partie **seule** ou **simultanément** avec d'autres pour déclarer la prise d'un congé dont la durée n'est pas inférieure à deux jours. Les autres parties qui peuvent être remplies en même temps que celle-ci sont :

- # « Activités » (partie 6), « Congés » (partie 7) et « Heures supplémentaires **relatives à la remise de temps seulement** » (partie 9).

Lorsque plusieurs parties sont remplies, il est important de s'assurer que la date d'un congé demandé pour une période continue et prolongée ne soit pas la même que celle utilisée préalablement dans une autre des parties précitées.

Une seule exception est cependant acceptable :

Il s'agit de la facturation d'activités qui pourrait porter **la même date que celle de début ou de fin du congé** facturé en période continue et prolongée.

Remarque : - toutes les cases de cette partie doivent être remplies;

- #
- la date de début du congé facturé dans cette partie doit être comprise dans la période de la partie 4, (laquelle **est toujours d'une semaine**) et est aussi constituée de deux dates;
 - les journées facturées dans cette partie (Durée) doivent être entières.

À titre d'exemple, un congé de maternité pourra être demandé ainsi :

| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | CODE DU CONGÉ | DURÉE (JOURS) | L'USURE DE LA RÉGIE | | | | | |
|---|---------------|------|------|-------------|------|------|---|---|---|---------------|---------------|---------------------|----|---|---|---|--|
| 80 | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | | | | | | | | | | | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | | | | | | | |
| | 9 | 7 | 0 | 7 | 0 | 3 | 9 | 7 | 1 | 1 | 1 | 9 | 01 | 1 | 0 | 0 | |

La Régie générera hebdomadairement une demande de paiement, **pour les congés rémunérés et les jours ouvrés**, tant et aussi longtemps que la date de fin inscrite dans cette partie ne sera pas atteinte. Cette demande de paiement portera le même numéro d'identification et paraîtra sur votre état de compte. Les demandes de paiement ainsi générées tiendront compte, lorsque cela s'applique, des congés fériés observés dans votre établissement respectif, sinon le tableau des congés fériés composant ce même document (point 4.7) sera alors utilisé.

À titre d'exemple, une période de vacances annuelles de quatre semaines facturée dans cette partie serait inscrite ainsi :

| CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE | | | | | | | | | | CODE DU CONGÉ | DURÉE (JOURS) | L'USURE DE LA RÉGIE | | | | | |
|---|---------------|------|------|-------------|------|------|---|---|---|---------------|---------------|---------------------|----|---|---|---|--|
| 80 | DATE DE DÉBUT | | | DATE DE FIN | | | | | | | | | | | | | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | | | | | | | |
| | 9 | 7 | 1 | 0 | 2 | 0 | 9 | 7 | 1 | 1 | 2 | 1 | 02 | 0 | 2 | 0 | |

- # **Remarque :** En supposant que le 3 et le 10 novembre 2008 correspondent à des journées fériées observées dans votre établissement, la Régie reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et deux jours de congés fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

PARTIE 14

Juré ou témoin

Congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin.

- spécifier l'indemnité reçue;
- joindre les pièces justificatives.

Remarque : Ce congé peut avoir été réclamé sur une demande de paiement antérieure ou l'être en même temps que la déclaration de l'indemnité reçue à ce titre.

Le montant de l'indemnité se retrouve sur le formulaire *Taxation de juré ou témoin* sous l'identification *Perte de temps*. Ce formulaire est fourni par le ministère de la Justice.

PARTIE 15

Assurance invalidité

Le dentiste **est tenu de déclarer** à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit, selon le cas, en vertu des lois administrées par la Régie des rentes du Québec (RRQ), par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie de l'assurance maladie du Québec. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte.

PARTIE 16

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 17

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.

4.3 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 spécialement fournies à cet effet 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.

- # Faire parvenir les copies des 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

4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

Remarque : La codification administrative présentée ci-dessous ne modifie en rien l'Entente, mais est un moyen de 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 et d'installation, selon le paragraphe 3.03 ainsi que les autres services (à préciser par le dentiste)
- 017098 Services de santé durant le délai de carence

4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE

CONGÉS PARENTAUX

avec rémunération

- 01 Maternité - Congé rémunéré (paragraphe 1.01)
- 10 Congé spécial, moins de 5 jours - Complication de grossesse (paragraphe 1.20a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20b)
- 71 Congé spécial, 5 jours et plus - Complication de grossesse (paragraphe 1.20a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20b)
- 21 Congé spécial - Visites reliées à la grossesse (paragraphe 1.20c)
- 22 Maternité - Retrait préventif CSST (non prévu à l'entente)
- 23 Paternité - Congé rémunéré (paragraphe 1.22)
- 25 Adoption - Congé 10 semaines (paragraphe 1.23)
- 68 Adoption de l'enfant du conjoint - 2 jours précédant le code 69 (paragraphe 1.23 G)

sans rémunération

- S **27** Maternité - Extension sans rémunération (paragraphe 1.05)
- 29** Maternité - Prolongation (paragraphe 1.21)
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (paragraphe 1.23)
- 31** Congé en vue d'une adoption - 10 semaines (paragraphe 1.23)
- 35** Paternité - prolongation (paragraphe 1.21)
- 36** Adoption - prolongation (paragraphe 1.21)
- 60** Congé parental (paragraphe 4.12)12
- 63** Paternité - congé sans rémunération (paragraphe 1.22 A)
- # **69** Adoption de l'enfant du conjoint - 3 jours suivant le code 68 (paragraphe 1.23 G)

VACANCES

- 02** Vacances annuelles (paragraphe 2.02)
- 32** Vacances anticipées (paragraphe 2.07)
- 34** Vacances reportées (paragraphe 2.14)

CONGÉS FÉRIÉS

- 40** Congé férié annuel (paragraphe 3.01)
- 41** Congé additionnel (paragraphe 3.01)
- 42** Congé férié en période d'invalidité (paragraphe 3.05)

CONGÉS SPÉCIAUX

avec rémunération

- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (paragraphe 4.01c)
- 08** Juré ou témoin (paragraphe 4.06)
- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (paragraphe 4.01a)
- 51** Décès des père, mère, frère, soeur, enfant (à l'exception de ceux prévus à 4.01a), beau-père, belle-mère, bru et gendre (paragraphe 4.01b)
- 52** Congé à traitement différé (paragraphe 10.03)

Sans rémunération

- 20** Congé après entente avec l'établissement (paragraphe 4.12)
- 54** Candidat et exercice d'une fonction publique (paragraphe 4.05)
- 55** Mariage (paragraphe 4.07)
- 56** Congé annuel sans rémunération (paragraphe 4.08)
- 57** Année sabbatique (paragraphe 4.10)
- 58** Cours de formation (paragraphe 4.11)
- 59** Congé syndical (paragraphe 5.05 de l'Entente, chapitre II)
- 61** Participation au comité de révision (paragraphe 1.12 et 1.24)

PERFECTIONNEMENT

- 09** Congé de perfectionnement (paragraphe 5.01)
- 11** Congé de perfectionnement reporté (paragraphe 5.02)
- 18** Congé de ressourcement anticipé (annexe VIII)
- 19** Congé de ressourcement (annexe VIII)

RÉGIMES D'ASSURANCES

Comité paritaire

70 Participation au comité paritaire (paragraphe 6.18)

Invalidité

10 Assurance invalidité, moins de 5 jours (paragraphe 8.02a i)

71 Assurance invalidité, 5 jours et plus (paragraphe 8.02a i)

72 Assurance invalidité en période de réadaptation (paragraphe 8.02a ii)

4.6 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

4.7 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

| JOURS FÉRIÉS | 2014-2015 | 2015-2016 | 2016-2017 |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Journée nationale des Patriotes | 19 mai 2014 | 18 mai 2015 | 23 mai 2016 |
| Fête nationale du Québec | 24 juin 2014 | 24 juin 2015 | 24 juin 2016 |
| Fête du Canada | 1 ^{er} juillet 2014 | 1 ^{er} juillet 2015 | 1 ^{er} juillet 2016 |
| Fête du Travail | 1 ^{er} sept. 2014 | 7 sept. 2015 | 5 sept. 2016 |
| Action de grâces | 13 oct. 2014 | 12 oct. 2015 | 10 oct. 2016 |
| Veille de Noël | 24 déc. 2014 | 24 déc. 2015 | 23 déc. 2016 |
| Fête de Noël | 25 déc. 2014 | 25 déc. 2015 | 26 déc. 2016 |
| Lendemain de Noël | 26 déc. 2014 | 28 déc. 2015 | 27 déc. 2016 |
| Veille du jour de l'An | 31 déc. 2014 | 31 déc. 2015 | 30 déc. 2016 |
| Jour de l'An | 1 ^{er} janvier 2015 | 1 ^{er} janvier 2016 | 2 janvier 2017 |
| Lendemain du jour de l'An | 2 janvier 2015 | 4 janvier 2016 | 3 janvier 2017 |
| Vendredi saint | 3 avril 2015 | 25 mars 2016 | 14 avril 2017 |
| Lundi de Pâques | 6 avril 2015 | 28 mars 2016 | 17 avril 2017 |

Ce tableau est publié à titre de référence pour le dentiste. Il est utilisé à la Régie pour déterminer les droits du dentiste au début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tel un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (art. 4.13, annexe V de l'Entente).

De plus, ce tableau est utilisé pour l'application du paragraphe 3.04 de l'annexe V de l'Entente.

Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans le tableau qui précède, vous devrez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement devront alors faire parvenir à la Régie, avant le 1^{er} mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration.

Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont disponibles sur le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Calendriers](#) de l'onglet *Facturation*.

4.8 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX
(Annexe V de l'Entente)

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|---------------|--------------------|---|---------|
| HDB3R01 HD64359 -LHDB3U/HDB3 | | RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC | | DATE AA-10-23 | PAGE 1 | | |
| RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX | | | | | | | |
| NOM : | JEAN | ① | NUMÉRO : 0-0000-0 | | | | |
| PRÉNOM : | | ② | Période de référence du AA-05-01 au AA-04-30 | | | | |
| ADRESSE : | DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE ALLEE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7 | ③ | Statut des crédits et du bilan: FINAL | | | | |
| | | ④ | Date de départ: 00-00-00 | | | | |
| ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | | | |
| ***** ANNEES DE RÉFÉRENCE ***** | | | | | | | |
| | CODE | UNITÉS | CRÉDITS | CONSOMMÉS | PAYÉS | SOLDE À | AA-AA |
| | | | | | R.A.M.Q. | REPORTER | CRÉDITS |
| Vacances | | | | | | | |
| Vacances reportées | | Jours | | | | | → |
| Vacances annuelles | | Jours | | | | | → |
| Vacances anticipées | | Jours | | | | | → |
| Férieré | | | | | | | |
| Congé férié | | Jours | | | | | → |
| Perfectionnement | | | | | | | |
| Perfectionnement | | Jours | | | | | → |
| Perfectionnement reporté | | Jours | | | | | → |
| Message : | Ayant reçu votre première facturation du mois de mai de la nouvelle année de référence nous considérons avoir reçu toute votre facturation pour l'année terminée. Nous estimons donc que ces résultats sont finaux. | | | | | | |
| Préparé par : | Le service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires. | | | | | | |
| | Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec un représentant du Centre d'assistance aux professionnels | | | | | | |
| | | | | | Québec..... | 418 643-8210 | |
| | | | | | Montréal..... | 514 873-3480 | |
| | | | | | Ailleurs au Québec | 1 800 463-4776 (Sans frais d'interurbain) | |

4.8.1 Description du bilan des avantages sociaux (9 parties)

- 1 Numéro d'inscription du professionnel à la Régie.
- 2 La période de référence pour laquelle est réalisé le bilan. Elle s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
- 3 Le statut des crédits et du bilan est **provisoire** lorsque les crédits, pour la période de référence, ont été établis approximativement. Ils seront à nouveau calculés dès que la facturation du professionnel, pour la période du bilan, sera complétée.

Le statut est **final** lorsque, pour la période de référence, la facturation est considérée complétée. Les crédits ont été calculés selon cette facturation et à moins de modification à celle-ci, ils ne devraient plus changer.
- 4 Si le professionnel a cessé ses activités à honoraires fixes durant la période du bilan, la date de départ est la date de fin de son dernier contrat ou avis de service.
- 5 Description des codes de congés annuels par catégorie.
- 6 Codes de congés.
- 7 Unité de mesure du congé. Habituellement en jours, exceptionnellement en heures.
- 8 Information concernant les congés du professionnel pour la période du bilan, par congé et selon l'unité de mesure spécifiée :

- Crédits : Valeur des droits de crédits annuels qui ont été calculés.
- Consommés : Valeur des congés utilisés.
- Payés R.A.M.Q. : Valeur des congés non utilisés qui ont été payés conformément à l'Entente.
- Solde à reporter : Valeur des congés non utilisés et non payés par la Régie, qui sont reportés à la période de référence suivante conformément à l'Entente.

- 9 Information concernant les crédits de congés du professionnel pour la période de référence qui suit celle du bilan.

Les vacances anticipées (32), les congés fériés (40), les congés additionnels (41) et les congés de perfectionnement (09) sont attribués à l'avance selon le maximum annuel possible et selon l'information au dossier du professionnel. Ces crédits seront calculés précisément à la fin de la période de référence et feront l'objet du prochain bilan.

La valeur des autres congés provient du « solde à reporter » des congés de l'année du bilan. Ex. : La valeur des vacances annuelles (02) provient du « solde à reporter » des vacances anticipées (32) de l'année du bilan.

4.9 ÉTAT DE LA FACTURATION
(Avantages sociaux, annexe V de l'Entente)

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------|----------------|----------------|
| HDB2R01 HDS4359L-HDB2UHDR2 | | RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC | | | DATE AA-06-14 | PAGE 1 |
| RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | | |
| ÉTAT DE LA FACTURATION | | | | | | |
| ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 20AA-20AA | | | | | | |
| ① | NUMÉRO: 0-00000-0 | | | | | |
| ② | NOM: UNTEL | | | | | ③ |
| | PRÉNOM: JEAN | | | | | |
| | ADRESSE: DOCTEUR JEAN UNTEL | NUMÉRO ÉTABLIS. | DATE DÉBUT | DATE FIN | HEURES/SEMAINE | CODE DE RÉGION |
| | 1125, GRANDE ALLÉE OUEST | 90552 | AA1203 | | 35,00 | A |
| | QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7 | | | | | |
| ④ | *** PÉRIODE DE RÉFÉRENCE *** | | | | | |
| | Du AA-05-01 au AA-04-30 | | | | | |
| ⑤ | *** ANNÉES DE SERVICE *** | | | | | |
| | Années de service reconnues au AA-04-30: 12,78 | | | | | |
| ⑥ | *** TRAITEMENT HEBDOMADAIRE *** | | | | | |
| ⑦ | Moyenne pour la période du AA-05-01 au AA-09-15: | 7,00 | ⑧ | | | |
| | | | Type de la moyenne du traitement hebdomadaire: | | | |
| | | | Moyenne des congés maternité/invalidité (art. 1.12) | | | |
| ⑨ | ⑩ | | | | | ⑪ |
| ** RECHERCHE ** | | MAXIMUM DES HEURES ADMISSIBLES | | TOTAL DES HEURES CUMULÉES | | |
| DÉBUT | FIN | BASE | GARDE | BASE | GARDE | |
| AA0429 | AA1105 | | | | | |
| Semaines sélectionnées: | | | | | | |
| ⑫.1 | ⑫.2 | ⑫.3 | | | | |
| HEURES | | HEURES | | HEURES | | |
| ÉTABLIS. | SEMAINE | BASE | GARDE | SEMAINE | BASE | GARDE |

4.9.1 Description de l'état de la facturation (Parties 1 à 12)

- 1** Numéro d'inscription du professionnel à la Régie.
- 2** Nom et adresse postale fournis par le professionnel pour l'envoi de son courrier.
- 3** Information concernant les avis de service ou les contrats du professionnel pour la période de référence :
 - Le numéro d'établissement du contrat.
 - La date de début.
 - La date de fin.
 - Les heures hebdomadaires.
 - Le territoire de tarification.
- 4** La période de référence pour laquelle est réalisé l'état de facturation. Elle s'étend toujours du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
- 5** Les années de service accumulées selon nos fichiers **à la fin** de la période de référence précédente ou en début de la période courante.
- 6** Section regroupant les différentes moyennes de traitement hebdomadaire utilisées durant la période ainsi que, pour les médecins omnipraticiens, la moyenne selon l'article 1.24 de la période suivante lorsque celle-ci est établie (référence à l'annexe des avantages sociaux).
- 7** Valeur de la moyenne journalière et période durant laquelle elle est utilisée.
- 8** Identification du type de la moyenne du traitement hebdomadaire.
- 9** Période durant laquelle ont été sélectionnées les semaines nécessaires au calcul de la moyenne.
- 10** Maximum admissible des heures de base et de garde pour le calcul de la moyenne.
- 11** Total des heures cumulées pour le calcul de la moyenne.
- 12** Détail des semaines sélectionnées pour le calcul de la moyenne.
 - 12.1** Le numéro d'établissement où les heures ont été facturées.
 - 12.2** La date du dimanche de la semaine sélectionnée.
 - 12.3** Les heures de base et de garde cumulées pour la semaine dans l'établissement.

4.9 ÉTAT DE LA FACTURATION (Avantages sociaux, annexe V de l'Entente) (suite)

| HDB2R01 HD54359L-HDB2U/HDB2 | | RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC | | DATE AA-06-14 PAGE 2 | |
|--|---|--|-------------|----------------------|---------------------|
| RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT | | | | | |
| ÉTAT DE LA FACTURATION | | | | | |
| ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-20AA | | | | | |
| NUMÉRO: | 0-00000-0 | | | | |
| NOM: | UNTEL | | | | |
| PRÉNOM: | JEAN | | | | |
| 13 | *** SOMMAIRE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE *** | | | | |
| | 13.1 | 13.2 | 13.3 | 13.4 | |
| SOLDE AU | ACCUMULATION | REMISE | SOLDE AU | | |
| 29 AVRIL AA | | | 28 AVRIL AA | | |
| 14 | ACCUMULATION PAR ÉTABLISSEMENT ET DATE MAXIMUM POUR REMISE: | | | | |
| | 14.1 | 14.2 | 14.3 | 14.4 | 14.5 |
| ÉTABLISSEMENT | DATE | DATE MAXIMUM | HEURES | | |
| | ACCUMULATION | POUR REMISE | ACCUMULÉES | SOLDE | |
| 15 | *** CONGÉ SANS RÉMUNÉRATION *** | | | | |
| | Pour la période de référence du AA-05-01 au AA-04-30: | | | | |
| | | | | 14.6 | |
| | | | | 15.1 | 15.2 |
| DESCRIPTION | CODE | DATE DÉBUT | DATE FIN | DURÉE DU CONGÉ | HEURES PROLONGATION |
| Congé parental | 60 | AA0918 | AA1124 | | |
| 16 | *** SOMMAIRE DES CRÉDITS DE CONGÉS ET DE CONSOMMATION *** | | | | |
| | POUR L'ANNÉE DE COMPTABILISATION: 2000-2001 | | | | |
| | | UNITÉ DES | | | |
| DESCRIPTION | CODE | CRÉDITS | CRÉDITS | CONSOMMATION | SOLDE |
| Vacances annuelles | | | | | |
| Vacances anticipées | | | | | |
| Congé férié annuel/férié en période d'invalidité | | | | | |
| Perfectionnement | | | | | |
| Perfectionnement reporté | | | | | |

4.9.1 Description de l'état de la facturation (suite) (Parties 13 à 16)

- 13** Conciliation des soldes de temps supplémentaire de début et de fin de période.
 - 13.1** Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de l'année de référence précédente.
 - 13.2** Total des heures supplémentaires accumulées durant la période de référence.
 - 13.3** Total des heures supplémentaires accumulées qui ont été remises en temps ou payées durant la période de référence.
 - 13.4** Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de la période de référence ou jusqu'à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
- 14** Détail du solde de temps supplémentaire à la fin de la période, par établissement et par date d'accumulation.
 - 14.1** Le numéro d'établissement où le temps supplémentaire a été accumulé.
 - 14.2** La date du samedi de la période de facturation où le temps supplémentaire a été accumulé sauf pour la dernière semaine de l'année de référence où le samedi est remplacé par le 30 avril.
 - 14.3** La date limite pour reprendre en temps les heures accumulées. Au-delà de cette date, les heures non remises seront payées au professionnel.
 - 14.4** Total des heures supplémentaires accumulées pour la période de facturation.
 - 14.5** Solde par période de facturation; heures accumulées moins les heures remises en temps.
 - 14.6** Total du temps supplémentaire accumulé, non remis en temps et non payé, à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
- 15** Cette section paraît si le professionnel a bénéficié de congés sans rémunération au cours de la période de référence. On y voit la description du congé, le code de congé et les dates de début et de fin du congé.
 - 15.1** La durée du congé indique, lorsque cela s'applique, si le congé sans traitement est partiel ou total.
 - 15.2** Les heures de prolongation indiquent, dans le cas d'un congé partiel sans traitement, le nombre d'heures de présence au travail.
- 16** Sommaire des crédits de congés et de leur consommation. On y montre les crédits de congés, en jours ou en heures, selon le cas, dont le professionnel dispose en début de période de référence, la consommation cumulée à la date de la dernière période de facturation présente sous la rubrique sommaire de la facturation et le solde à ce même moment.

4.9 ÉTAT DE LA FACTURATION
(Avantages sociaux, annexe V de l'Entente) (suite)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------|---------|--------|--------|--------------|---------|-------|--------|-------|-------------|------|-------------|
| HDB2R01 | HDS4359L-HDB2UHDB2 | RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 2000-2001 | DATE AA-06-14 PAGE 3 | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO: 0-00000-0 NOM: UNTEL PRÉNOM: JEAN | | | | | | | | | | | | | | |
| *** SOMMAIRE DE LA FACTURATION *** (17) Période du AA-05-01 au AA-04-30 | | | | | | | | | | | | | | |
| (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (24) | (25) | (26) | (27) | (28) | (29) | | | |
| HEURES | | | | | | | | | | | | | | |
| ***** CONGÉS ***** | | | | | | | | | | | | | | |
| --SEMAINE-- | NUMÉRO | TOTAL | --SUPPLÉMENTAIRES-- | | | | --DE GARDE-- | | JOURS | HRES. | JOURS | HRES. | | |
| DÉBUT | FIN | ÉTAB. | NCE | SEMAINE | RÉGUL. | PAYÉES | ACCUM. | REMISES | PLACE | DISPO. | CODE | FACT. REMU. | CODE | FACT. REMU. |
| Empty table content | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAUX: (30) | | | | | | | | | | | | | | |
| *** DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉS UTILISÉS *** | | | | | | | | | | | | | | |
| CODES | DESCRIPTION | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | Maternité | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | Vacances annuelles | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | Perfectionnement | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | Congé férié annuel / férié en période d'invalidité | | | | | | | | | | | | | |

4.9.1 Description de l'état de la facturation (suite) (Parties 17 à 30)

- 17 Sommaire de la facturation. Cette section montre le détail de la facturation pour chaque semaine de la période de référence.
- 18 Les dates de début et de fin de la période de facturation (du dimanche au samedi).
- 19 Le numéro d'établissement.
- 20 Le numéro de la demande de paiement soumise par le professionnel ou l'inscription « RRI » s'il s'agit d'un règlement effectué par la Régie.
- 21 Le total des heures d'activités travaillées au cours de la semaine plus les heures payées en congé ou en remise de temps.
- 22 Les heures travaillées excluant les heures supplémentaires (accumulées ou payées) et les heures de garde.
- 23 Les heures supplémentaires payées.
- 24 Les heures supplémentaires accumulées.
- 25 Les heures remises en temps ou payées par la Régie.
- 26 Les heures payées en garde sur place et en garde en disponibilité.
- 27 Les codes de congés facturés pour la période de facturation.
- 28 Le nombre de jours de congés.
- 29 La valeur en heures des jours de congés.
- 30 Totaux des heures et des congés pour la période de référence.

4.10 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
(formulaire 1988)

(En vertu de l'article 5.04 de l'Entente particulière relative aux dentistes oeuvrant dans des établissements du Nord).

Régie de l'assurance maladie
Québec

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0 **IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement.**
 Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement 1200 ou le 1606 pour le mode SLE.

Professionnel

PRÉNOM _____ NOM _____ N° DU PROFESSIONNEL _____

Déplacement

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE _____

CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ _____ NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT _____

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés. _____

| TEMPS DE DÉPLACEMENT | | NBRE D'HEURES FACTURÉES | TALX HORAIRE | MONTANT (CALCULÉ À 100%) | À L'USAGE DE LA RÉGIE |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------------|-----------------------|
| DATE ANNÉE MOIS JOUR | MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS | MOYENS DE TRANSPORT DÉTAILS | | MONTANT | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Véhicule personnel | KILOMÉTRAGE | TALX | | |
| | | | | | |
| JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES. | | | | MONTANT TOTAL DES FRAIS | |

VOTRE PROFESSION

Dentiste
 Médecin omnipraticien
 Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

Acte
 Honoraires forfaitaires
 Rémunération mixte
 SLE
 Tarif horaire
 Vacation

SPÉCIMEN

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL _____ DATE _____

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 15/09

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

4.10.1 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 FACTURÉ** : Inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente et le montant calculé à 100 %. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
- $$\text{kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h} = \text{durée du déplacement};$$
- # 6. **MOYEN DE TRANSPORT** : Inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, 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 les lieux 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 pas nécessaire de fournir de reçus pour justifier l'utilisation d'un véhicule personnel.
 - Utiliser **un** formulaire **par destination**.
- # 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.