

2.0 VACATION - TARIF HORAIRE - PER DIEM

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode de vacation, du tarif horaire et du *per diem* la *Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215).

Cette demande de paiement peut être remplie et transmise par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#) de la Régie. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne en soutien à la facturation.

Le médecin qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système Télécommunications des informations de paiement par Internet (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet *Formulaire* de la section réservée à sa profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

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

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

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

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

S

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon les modes de la vacation, du tarif horaire et du *per diem*. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consulter les annexes XII et XII-A de l'Entente dans la *Brochure n° 1* ainsi que la rubrique *Rémunération différente*, sous l'onglet *Facturation*, dans la section dédiée à votre profession sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

La liste des localités est accessible sous l'onglet *Manuels* à la même adresse.

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

Remarque : Le *per diem* de cette section est différent de celui de la section rémunération mixte. Assurez-vous de vous référer à la section qui vous concerne. La rémunération mixte prévoit le paiement d'un *per diem* auquel s'ajoute un pourcentage de certains actes (voir section 3.0).

2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES (formulaire 1215)

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE **1**

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

ÉTABLISSEMENT NOM **3** NUMÉRO

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
					4

QUANTITÉ	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
	NUIT	AM	PM	SOIR												
					1				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	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE	MONTANT RECLAME
		ANNÉE MOIS JOUR		KM	

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE **11**

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. **12**

DATE ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES

LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. **13**

DATE ANNÉE MOIS JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

2.1.1 Description du formulaire (13 parties)

La demande de paiement comporte 13 parties :

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

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

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie Québec										
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 1 8 9 9 9 4		N° DU GROUPE C.S. NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS										
ÉTABLISSEMENT NOM Hôtel-Dieu de Lévis				NUMÉRO 0 3 0 0 8		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 1 5 SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 1										
ACTIVITÉS																
QUANTIÈME	MODE DE REMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM												
					1				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								ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT								
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES				PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES				
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.								LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.								
DATE ANNÉE MOIS JOUR								DATE ANNÉE MOIS JOUR								
LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																

PARTIE 1**Numéro de contrôle externe**

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

- composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

PARTIE 2**Professionnel**

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro du compte administratif (groupe) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à une société de professionnels, ou à un compte administratif individuel dont il est membre.

PARTIE 3**Établissement**

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

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service, s'il y a lieu.

PARTIE 4**Période**

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

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (suite) (parties 5 à 8) (VACATION)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
 l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

C.S. A

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT
 NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

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

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

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE _____

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

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____
 LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

6

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

PARTIE 5

Quantième :

Cette partie permet au médecin 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 médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation, pour lesquelles il est rémunéré à honoraires forfaitaires ou à la vacation. Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Le mode de rémunération :

VA qui correspond à la vacation
 PD qui correspond au *per diem* (là où ce mode s'applique)
 TH qui correspond au tarif horaire.

L'identification du mode de rémunération est requis sur la 1^{re} ligne de service. Il est appliqué automatiquement sur les lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant. (voir 2.1.3)

- Plage horaire :

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

Nuit :	de 00 h 00 à 08 h 00 (8 heures)
Avant-midi (A.M.) :	de 08 h 00 à 12 h 00 (4 heures)
Après-midi (P.M.) :	de 12 h 00 à 20 h 00 (8 heures)
Soir :	de 20 h 00 à 24 h 00 (4 heures)

L'identification de la plage horaire est essentielle. Le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation. Voir exceptions à la page suivante.

Codes d'activité :

Le code d'activité est composé de six chiffres.

Le médecin indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire. Étant donné que la garde sur place bonifie les avantages sociaux, il est important pour le médecin d'identifier distinctement les heures de cette activité. Cependant, le médecin dont les services sont sujets à une majoration du tarif de base, à une exclusion du plafond trimestriel ou autres, doit indiquer **les heures réelles consacrées à chaque type d'activité au cours de la même plage horaire.**

Pour les codes d'activité et leur description, voir section 2.6 du présent onglet.

- Secteur de dispensation

(Secteur disp.) : Le code du secteur de dispensation est composé de deux chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case sauf dans les situations où le médecin veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, se référer aux avis de facturation figurant aux annexes IX, XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le professionnel est assujéti. Pour la nomenclature complète des codes des secteurs de dispensation, veuillez vous référer à la section 2.2 du présent document.

Remarque : Si vous utilisez un secteur de dispensation (ex. : 34) et que vous cochez plus d'une plage horaire, assurez-vous que ce secteur de dispensation est autorisé à l'intérieur de toutes ces plages.

- Heures travaillées :

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

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

Exceptions :

- 1- Le médecin pourra indiquer la totalité de la garde sur place ou de la garde en disponibilité d'une journée en cochant les périodes de plage horaire concernées. Cette exception ne sera acceptée que si un même code d'activité est présent en utilisant qu'un seul numéro de référence.

Exemple :

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

Heures de garde sur place : 16 heures

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

Exemple 1

Heure de début : 8 h 00

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 4 h 50

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

Exemple 2

Heure de début : 8 h 00

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h 00

Heure de fin : 16 h 30

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

Heures travaillées : 4 h 00

Heures travaillées : 4 h 00

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.

- 3- Le médecin oeuvrant dans le cadre de l'*Entente particulière relative au RRSSS du Nunavik (17)*, au *CCSSS de la Baie-James (18)* et au *Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)* peut facturer la totalité des services rendus en cochant toutes les périodes de plage horaire concernées **lorsque les services couvrent 24 heures et qu'il n'y a qu'un seul secteur de dispensation visé.**

Exemple 3

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

PARTIE 7**Total des heures travaillées :**

Inscrire la somme des heures pour l'ensemble des activités. Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 030,00 heures.

Dans le cadre de l'*Entente particulière relative au RRSSS du Nunavik (17), au CCSSS de la Baie-James (18) et au Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)* inscrire la somme des heures et des forfaits détaillés dans les sections **HEURES TRAVAILLÉES**.

PARTIE 8**C.S.** (considération spéciale)

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

Le cas échéant, lorsqu'un médecin doit rendre des services dans **une localité où le taux de rémunération est différent de celui de l'établissement identifié** sur la demande de paiement, il doit inscrire un « **A** » dans cette case et dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, **le numéro de la localité**, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu, (de 1 à 45) ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.

LETTRE B : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « **B** » dans cette case et dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (suite) (parties 9 à 13)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
 l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

C.S. _____

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS
 1

ÉTABLISSEMENT
 NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

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

QUANTIÈME	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM												
					1				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) : Lévis
 CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) : Beauceville
 DATE D'ARRIVÉE : ANNÉE MOIS JOUR : A A 0 6 2 1
 HEURE D'ARRIVÉE : 0 9 0 0
 DISTANCE TOTALE : 0 0 8 0 KM
 MONTANT RECLAMÉ : 0 6 8 8 0

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE : 0 1 0 0

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES : Pierre
 NOM EN LETTRES MOULÉES : Untel
 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.
Pierre Untel
 DATE : ANNÉE MOIS JOUR : A A 0 6 2 6

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES : Jacques
 NOM EN LETTRES MOULÉES : Responsable
 LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
Jacques Responsable
 DATE : ANNÉE MOIS JOUR : A A 0 6 2 6

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

PARTIE 9

Renseignements complémentaires :

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 8, la lettre « **A** » ou « **B** » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire – Considération spéciale* (1944) et consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

PARTIE 10

Nombre de documents annexés :

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer **le nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Consulter la section « Expédition » du présent document pour l'envoi.

PARTIE 11

Frais de déplacement :

Cette partie permet au médecin d'indiquer un déplacement autorisé, effectué pour se rendre à l'établissement **s'il a utilisé son véhicule personnel** et ne facture que des frais de kilométrage en plus du temps de déplacement (**dans ce cas ne pas fournir les reçus d'essence**). Elle comporte les éléments suivants :

- code postal de départ (lieu de travail habituel);
- code postal d'arrivée (établissement visité);
- date d'arrivée (année, mois, jour);
- heure d'arrivée;
- distance totale en kilomètres;
- montant facturé;
- nombre d'heures de déplacement.

Note : Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

Le nombre de kilomètres facturé est la distance **unidirectionnelle** du déplacement. Cette distance doit être calculée en fonction des codes postaux du lieu de départ (ou de l'adresse) et de l'établissement visité situé au Québec. Toujours préciser votre point de départ dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Remarques : - Pour facturer des coûts de transport **autres que ceux reliés à l'utilisation de son véhicule personnel** ou lorsqu'une **description plus détaillée** des déplacements effectués **est requise**, veuillez remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988). Dans cette situation, **ne rien inscrire** aux sections *FRAIS DE DÉPLACEMENT* et *HEURES DE DÉPLACEMENT* de la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215). Voir la section 2.5.

- Si vous êtes visé par une lettre d'entente ou un accord prévoyant uniquement le paiement du temps de déplacement (**code 002092**), veuillez vous référer à cette lettre d'entente ou à cet accord pour les instructions de facturation.

PARTIE 12

Signature du professionnel ou du mandataire**Prénom en lettres moulées et nom en lettres moulées :**

Le médecin omnipraticien ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :

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

PARTIE 13

Attestation de l'établissement**Prénom en lettres moulées et nom en lettres moulées :**

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la Régie qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la Régie qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par un signataire autorisé par l'établissement dont le nom paraît à la partie supérieure dans les cases appropriées.

2.1.3 Le mode de rémunération**2.1.3.1 Préambule**

Le médecin peut se référer aux exemples illustrés dans les pages suivantes, selon son mode de rémunération. Il doit tenir compte des codes d'activités spécifiques à son entente et des modalités de rédaction de la demande de paiement de la section 2.1.2.

2.1.3.2 Tarif horaire : Voir l'exemple A. **N.B. : Vacation :** Voir l'exemple à 2.1.2 (parties 5 à 8).

2.1.3.3 Garde en disponibilité (*santé publique*) : Voir l'exemple B.

2.1.3.4 Dépannage Grand-Nord (*per diem*) : Voir l'exemple C.

2.1.3.5 Dépannage en obstétrique : Voir l'exemple D.

2.1.3.6 Dépannage en anesthésie : Voir l'exemple E.

2.1.3.7 Dépannage régions 17 et 18 et Centre de santé de la Basse Côte-Nord (*per diem* et forfait) : Voir l'exemple F.

2.1.3.8 CLSC avec majoration : Voir l'exemple G.

2.1.3.2 Exemple de facturation A : Tarif horaire (TH)

Remarque : Pour vacation (voir 2.1.2 pages 4 à 10)

Régie de l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____

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

ÉTABLISSEMENT: NOM _____ NUMÉRO _____ PÉRIODE: CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

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

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES: _____

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

HEURES DE DÉPLACEMENT: NOMBRE _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE: PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ DATE: ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT: PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ DATE: ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

2.1.3.3 Exemple de facturation B : Garde en disponibilité (santé publique)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

C.S. _____

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT
 NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
A	A	M	M	1	5
A	A	M	M	2	1

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

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0, 3, 9, 9, 2
------------------------------	---------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____
 NOM EN LETTRES MOULÉES _____
 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____
 NOM EN LETTRES MOULÉES _____
 LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE | MOIS | JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

SPÉCIMEN

14

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

2.1.3.4 Exemple de facturation C : Dépannage - Grand-Nord (per diem)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
PRÉNOM

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

C.S.

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS

ÉTABLISSEMENT
NOM

NUMÉRO

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE MOIS JOUR

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

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,7,5,0,0
------------------------------	-----------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE	
--------	--

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES

NOM EN LETTRES MOULÉES

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

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES

NOM EN LETTRES MOULÉES

LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

2.1.3.5 Exemple de facturation D : Dépannage en obstétrique

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

C.S. _____

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES _____

ÉTABLISSEMENT
 NOM C.H. Lac Mégantic NUMÉRO 0 1 1 2 3

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
A	A	0 6 1 5	A	A	0 6 2 1

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

SPÉCIMEN

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES

0 1 8 0 0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____

FRAIS DE DÉPLACEMENT		DATE D'ARRIVÉE	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE	MONTANT RECLAMÉ
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)	CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	ANNÉE MOIS JOUR	HEURE D'ARRIVÉE	KM	
Granby	Lac Mégantic	A A 0 6 1 6	0 8 0 0	0 1 1 8 7	0 9 3 5 0

HEURES DE DÉPLACEMENT	DATE DE LA PÉRIODE
NOMBRE	
0 4 6 8	

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

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____
 NOM EN LETTRES MOULÉES _____
 LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1215 292 18/01

16

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

2.1.3.6 Exemple de facturation E : Dépannage en anesthésie

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie Québec														
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____																
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____ C.S. _____ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____														
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE														
C.H. Lac Mégantic		DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 1 5 A A 0 6 2 1														
ACTIVITÉS																
QUANTIÈME	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
1,6	TH	X			1	0,0,9,0,1,8		0,4,0,0	2				3			
1,6	TH		X		4	0,0,9,0,1,8		0,5,0,0	5				6			
1,7	TH	X			7	0,0,9,0,1,8		0,4,0,0	8				9			
1,7	TH		X		10	0,0,9,0,1,8		0,5,0,0	11				12			
					13				14				15			
					16				17				18			
					19				20				21			
					22				23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			
TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES															0,1,8,0,0	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____ _____ _____																
FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE MONTANT RÉCLAMÉ Granby Lac Mégantic A A 0 6 1 6 0 8 0 0 0 1,8,7 KM 0 9,3 5 0																
HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE 0,4,6,8																
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR										ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR						
LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
 Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
 l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

C.S. _____

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT
 NOM Centre de santé Tulattavik NUMÉRO 0, 1, 6, 0, 3

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
A	A	0, 2	0, 2	A	A
		0, 2	0, 2		0, 8

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

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE	À L'USAGE DE LA RÉGIE
--------	-----------------------

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

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____
 LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1215 292 18/01

SPÉCIMEN

18

MAJ 52 / juillet 2018 / 99

2.1.3.8 Exemple de facturation G : CLSC avec majoration

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____

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

ÉTABLISSEMENT
 NOM: CLSC Rimouski-Neigette NUMÉRO: 9 3 4 4 2

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE: _____ DÉBUTANT LE DIMANCHE: ANNÉE: A A MOIS: 0 7 JOUR: 1 1 SE TERMINANT LE SAMEDI: ANNÉE: A A MOIS: 0 7 JOUR: 1 7

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

SPÉCIMEN

TOTAL
DES HEURES
TRAVAILLÉES: 0,1,6,0,0

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

HEURES DE DÉPLACEMENT
 NOMBRE: _____

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

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: _____ NOM EN LETTRES MOULÉES: _____ DATE: ANNÉE: _____ MOIS: _____ JOUR: _____
 LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1215 292 18/01

2.2 DESCRIPTION DES CODES DES SECTEURS DE DISPENSATION**Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement**

- 01** Clinique externe
- 02** Moyen séjour
- 03** Courte durée (section générale)
- 04** Longue durée - Soins prolongés
- 05** Soins intensifs
- 06** Unité de soins coronariens
- 07** Service d'urgence
- 08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09** Hôpital de jour
- 10** Hôpital à domicile
- 11** Laboratoire
- 13** Service en gériatrie (dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 23** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 24** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 25** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 26** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception d'une journée fériée)
- 27** CLSC sauf les services d'urgence, unité de médecine familiale (UMF-CH ou UMF-CLSC) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 28** Clinique réseau - Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 29** Après d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 30** Après d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 31** Après d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 32** Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 33** Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 34** Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 35** Service d'urgence d'un établissement (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 36** Services cliniques dans un territoire désigné (*EP – RRSSS NUNAVIK – SSS BAIE-JAMES – CS BASSE CÔTE-NORD*) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h) (*)
- 37** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du lundi au vendredi de 8 h à 20 h à l'exception d'une journée fériée)
- 38** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)

(*) Pour le médecin rémunéré au *per diem* et forfait dans le cadre de l'entente particulière visant les régions 17 et 18 et Centre de santé de la Basse Côte-Nord, se référer aux instructions de facturation de cette entente pour les particularités d'utilisation du secteur de dispensation **36**.

Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement (suite)

- 39 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'une journée fériée)
- 40 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 41 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42 Au près d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 0 h à 8 h)
- 43 EP - Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée de 20 h à 24 h)
- 44 EP - Santé publique (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 45 EP - Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)

Remarques : L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Veuillez vous y référer pour faire le lien avec le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre *Brochure n° 1*, sous l'onglet *Entente*, annexe IX).

L'annexe XX de l'Entente prévoit une majoration durant les horaires défavorables pour certains codes d'activité et établissement. Veuillez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir votre *Brochure n° 1*, sous l'onglet *Entente*, annexe XX).

Il existe aussi des instructions de facturation spécifiques à certains accords, lettres d'entente ou ententes particulières concernant les majorations qui diffèrent de l'annexe XX (voir le document concerné dans votre *Brochure n° 1*).

2.3 EXPÉDITION

L'utilisation du bouton « **Transmettre** » du service en ligne [Facturation – Formulaires](#) permet au responsable d'autorisation de votre établissement de transmettre votre facturation à la Régie.

Lorsque vous utilisez la transmission par télécommunication (TIP-I), l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la Régie. Vous, ou votre agence, devez en remettre une copie à l'établissement et conserver pendant cinq ans l'original portant les deux signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements de la Régie.

Selon le service ou le congé facturé, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la Régie avec la demande de paiement. En fonction du logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un « document de facturation » ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et **fournir les pièces justificatives** afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#) ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes votre numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- envoyer à la Régie la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

Vous pouvez faire parvenir ces documents à la Régie de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.

Par la poste

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être placés dans une même enveloppe de 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) et transmis à l'adresse suivante :

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

Par télécopieur

418 643-7585

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (*formulaire 1944*)

Voir Manuel des omnipraticiens, onglet Rédaction de la demande de paiement, section 4.2.4.1

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



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			

VOTRE PROFESSION

Dentiste

Médecin omnipraticien

Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

Acte

Honoraires forfaitaires

Rémunération mixte

SLE

Tarif horaire

Vacation

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.	TEMPS DE DÉPLACEMENT	NBRE D'HEURES FACTURÉES	Taux horaire	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
		X		=	
MOYENS DE TRANSPORT					
ANNÉE	DATE MOIS	JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT
			Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	Taux
				X	
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.				MONTANT TOTAL DES FRAIS	

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 15/08

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

2.5.1 Description du formulaire (1988)

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

1. **PROFESSIONNEL** : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie.
2. **CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : indiquer votre catégorie de professionnel et spécifier votre mode de rémunération.
3. **DÉPLACEMENT** : inscrire le code postal du lieu de départ, la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée à destination, le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro.
Ces renseignements sont obligatoires.
4. **FRAIS DE DÉPLACEMENT** : le numéro de la demande de paiement où les services se rapportant à ce déplacement ont été facturés.
5. **TEMPS DE DÉPLACEMENT** : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique, selon l'Entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant calculé à 100 %. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
$$\text{kilométrage total (aller-retour)} / 80 \text{ km/h} = \text{durée du déplacement}$$
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, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux du lieu de départ situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité.
7. **MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des frais de déplacement (*ne pas additionner le temps de déplacement*).
8. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande.
9. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

Remarques :

- Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.
- Lorsque le médecin utilise son véhicule personnel, il **peut** demander le remboursement de ses frais de déplacement sur la demande de paiement 1215. Cependant, le médecin doit **obligatoirement** utiliser le formulaire 1988 dans les situations suivantes :
 - a) pour demander le remboursement des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation de son véhicule personnel;
 - b) lorsqu'une description plus détaillée des déplacements est requise.
- Présence et identification des pièces justificatives : Toutes les pièces justificatives telles que facture de location d'automobile et reçus d'essence afférents, reçus de taxi, etc. doivent être **identifiées** au nom du professionnel qui soumet la demande de remboursement. **Veillez fournir les originaux lorsque requis.**⁽¹⁾
- Le nombre de kilomètres facturé est la distance **unidirectionnelle**. Cette distance doit être calculée en fonction des codes postaux du lieu de départ (ou de l'adresse) et de l'établissement visité. Toujours préciser votre point de départ dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

(1) Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :

Obligation de transmettre l'original¹ de chacune des pièces justificatives permettant de justifier la facturation **avec** une copie du formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) dûment rempli.

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

Conserver l'original¹ de chacune des pièces justificatives pendant cinq ans pour permettre de justifier la facturation aux fins de vérification éventuelle de la Régie, **avec** le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) sur lequel sont facturés les frais de déplacement. Transmettre ce formulaire **sans** copies des pièces justificatives.

¹ Exception sous certaines conditions pour le **billet électronique** des compagnies d'aviation.

Remarques : (suite)

- Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour le document :
 - utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
 - orientation de type « portrait »;
 - format de 100 % – taille réelle;
 - impression recto seulement;
 - une page par feuille;
 - lisible;
 - bonne qualité d'impression.
- Ces documents doivent être transmis à l'adresse suivante :
 - Régie de l'assurance maladie du Québec
 - Case postale 500
 - Québec (Québec) G1K 7B4
- Si au cours de son déplacement le médecin doit facturer certains de ses services selon le mode de la rémunération à l'acte, il pourrait facturer ses frais de déplacement sur la demande de paiement 1200 (voir Manuel des omnipraticiens, *onglet* Rédaction de la demande de paiement, *section 4.6.5*).

2.6 CODES D'ACTIVITÉ

Le code d'activité se trouve en vérifiant d'abord si un code a été prévu à la **PARTIE COMPLÉMENTAIRE nécessitant une codification spécifique**. Lorsque le code n'est pas disponible dans cette partie, le médecin utilise le code prévu à la **PARTIE GÉNÉRALE**.

2.6.1 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

PARTIE GÉNÉRALE

Services professionnels en centre (établissement)

- 002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002037** Planification - Programmation - Évaluation
- 002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 002063** Garde sur place
- 002071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 002079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (*annexe IX, article 5*)
- 002098** Services de santé durant le délai de carence

Santé et sécurité au travail (CNESST - Prévention)

- 007031** Étude de dossiers
- 007032** Rencontres multidisciplinaires
- 007037** Planification - programmation - évaluation
- 007038** Coordination
- 007047** Exécution
- 007093** Programme pour une maternité sans danger

Mécanisme de dépannage

- 009006** Forfait obstétrique
- 009018** Forfait anesthésie ⁽¹⁾
- 009030** Services cliniques ⁽²⁾
- 009063** Garde sur place (EP - Grand-Nord, Hôpital Chibougamau et *Lettre d'entente n° 105*)
- 009081** Garde en disponibilité (EP - Grand-Nord, Hôpital Chibougamau et *Lettre d'entente n° 58*)
- 009094** Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)
- 009095** Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) (EP - Régions 17 et 18 et C.S. Basse Côte-Nord)
- 009100** Garde en disponibilité (Comité paritaire) (*Accord n° 455*)
- 009112** Forfait rajusté obstétrique / urgence

Annexe XXII

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (paragraphe 2.01 a) 3))

Programme en gériatrie

- 073030** Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
- 073032** Rencontres multidisciplinaires
- 073037** Planification - programmation - évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)
- 073055** Communications (rencontre avec les proches)
- 073056** Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)
- 073067** Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
- 073098** Services de santé durant le délai de carence

(1) : Forfait quotidien prévu à l'annexe XVIII de l'Entente.

(2) : Y compris les services cliniques de l'EP en anesthésie lorsque l'établissement y est adhérent et que le médecin opte pour le mode de rémunération y prévalant.

PARTIE GÉNÉRALE (suite)**Services gériatriques (paragraphe 2.01 a) 3), 2.01 c) 1) – unité de soins de courte durée gériatrique, 2.02 a) 1), 2.02 c) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) - unité de soins de longue durée)**

- 101015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 101030 Services cliniques
- 101032 Rencontres multidisciplinaires
- 101043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 101063 Garde sur place
- 101070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 101071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 101080 Participation du médecin de famille
- 101097 Plan d'intervention pour le patient
- 101098 Services de santé durant le délai de carence
- 266015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 266030 Services cliniques
- 266032 Rencontres multidisciplinaires
- 266043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 266055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 266063 Garde sur place
- 266070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 266071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 266080 Participation du médecin de famille (TH seulement)
- 266097 Plan d'intervention pour le patient
- 266098 Services de santé durant le délai de carence
- 266270 Garde sur place obligatoire (TH seulement)

Soins physiques en psychiatrie (paragraphe 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins de courte durée, 2.02 b) 1) - unité de soins de longue durée)

- 027015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 027030 Services cliniques
- 027032 Rencontres multidisciplinaires
- 027037 Planification - Programmation - Évaluation
- 027043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 027055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 027063 Garde sur place
- 027071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 027098 Services de santé durant le délai de carence
- 027270 Garde sur place obligatoire

Soins palliatifs (paragraphe 2.01 a) 6))

- 053030 Services cliniques
- 053032 Rencontres multidisciplinaires
- 053043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 053063 Garde sur place
- 053067 Expertise professionnelle
- 053070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 053071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 053098 Services de santé durant le délai de carence

PARTIE GÉNÉRALE (suite)**Programme de toxicomanie (paragraphe 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))**

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

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

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

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

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

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

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

PARTIE GÉNÉRALE (*suite*)**Annexe XXIII****Garde sur place (paragraphe 2.16)****XXX063** Garde sur place**XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles**XXX270** Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)**CLSC, médecine de famille, IVG, programme jeunesse (Annexe I section B1 de l'annexe XXIII)****072101** Activités de fonctionnement en GMF**UMF en CLSC ou en CH (Annexe I section B2 de l'annexe XXIII)**Sous **Code d'activité 051133** pour une demi-journée de formation continue;**051134** pour une journée complète de formation continue.**072101** Activités de fonctionnement en GMF**076110** Services cliniques sans rendez-vous**076111** Services cliniques avec rendez-vous# **Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs (Annexe I section B3 de l'annexe XXIII)****072101** Activités de fonctionnement en GMF**PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE****LETTRES D'ENTENTE****Lettre d'entente n° 87 – Garde aux points de service de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes****002081** Garde en disponibilité**016045** Activités d'évacuation aéromédicale**Lettre d'entente n° 132 – Prise en charge du service de l'urgence d'un établissement désigné par un groupe de médecins****075015** Examens relatifs à l'hépatite C**075030** Services cliniques**075063** Garde sur place**075071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures**075081** Garde en disponibilité (EP - Grand-Nord, CSSS des Îles, Centre de santé de Chibougamau)**075098** Services de santé durant le délai de carence**Lettre d'entente n° 188 – Système d'évacuation aéromédicale****016045** Activités d'évacuation aéromédicale**016135** Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes**Lettre d'entente n° 269 – Certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière****XXX158** Services cliniques (grippe)

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**LETTRES D'ENTENTE (suite)**

Lettre d'entente n° 275 – Modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte pour le programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et pour le programme de santé mentale d'un CLSC

(abrogée par l'Amendement n° 162 le 30 septembre 2017)

Programme de soutien à domicile

- 259276** Services cliniques – selon LE 275
- 259277** Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Programme pour les soins palliatifs à domicile

- 260276** Services cliniques – selon LE 275
- 260277** Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Programme de santé mentale adulte

- 261276** Services cliniques – selon LE 275
- 261277** Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Programme de santé mentale jeunesse

- 262276** Services cliniques – selon LE 275
- 262277** Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275

Lettre d'entente n° 281 – Services dispensés auprès des Anciens Combattants hébergés en soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

- 266015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 266030** Services cliniques
- 266032** Rencontres multidisciplinaires
- 266043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 266055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 266063** Garde sur place
- 266070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 266071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 266080** Participation du médecin de famille (TH seulement)
- 266097** Plan d'intervention pour le patient
- 266098** Services de santé durant le délai de carence
- 266270** Garde sur place obligatoire (TH seulement)

Lettre d'entente n° 294 – Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès de la clientèle d'un établissement de détention ayant fait l'objet d'un transfert de responsabilité des services de santé par le ministère de la Sécurité publique au ministère de la Santé et des Services sociaux

Activités dispensées en établissement de détention

- 267285** Garde en disponibilité en établissement de détention
- 267286** Services administratifs en établissement de détention

Lettre d'entente n° 299 – Concernant la rémunération des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté

- 268030** Services cliniques

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**ACCORDS****Accord n° 5 concernant les docteurs Georges Touma et Zahi Halem - Chalouhi****002030** Services cliniques**002063** Garde sur place**Accord n° 10 – Activités multidisciplinaires, département de psychiatrie, Hôp. Ste-Croix de Drummondville****015032** Rencontres multidisciplinaires**Accords n°s 69 et 206 – Services médicaux en centre de détention****018030** Services cliniques**Accords n°s 79, 81 et 82****002094** Garde en disponibilité (Grand-Nord)**Accord n° 179****Forfaitaire lors de la fermeture d'un service d'urgence****061030** Services cliniques**Modalités applicables au service des patients admis****060030** Services cliniques**060063** Garde sur place**060071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures**Accord n° 257****054081** Garde en disponibilité**Accord n° 417****061030** Services cliniques**Accord n° 455****002100** Garde en disponibilité - CLSC (comité paritaire)**056100** Garde en disponibilité - CHSLD (comité paritaire)**Accord n° 685****086145** Activités professionnelles effectuées au bénéfice du Centre de santé Tulattavik - Accord 685**Accord n° 700****002040** Médecin de service

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**ACCORDS (suite)****Accord n° 722****Dans un CLSC = 002XXX****Dans le programme Toxicomanie = 263XXX****Dans le programme Itinérance = 264XXX****XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C**XXX030** Services cliniques**XXX031** Étude de dossiers**XXX032** Rencontres multidisciplinaires**XXX037** Planification - programmation - évaluation**XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières**XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)**XXX063** Garde sur place**XXX071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures**XXX079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (*annexe IX, article 5*)**XXX098** Services de santé durant le délai de carence**Programme Centre de détention****088030** Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC**Programme Centre anti-poison****089030** Services cliniques**089067** Expertise conseil, information et coordination**Accord n° 724****Natures de service****002XXX** Serv. méd. en centre (établissement)**263XXX** Programme de toxicomanie**264XXX** Programme d'itinérance**Emplois de temps****XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C**XXX030** Services cliniques**XXX031** Étude de dossiers**XXX032** Rencontres multidisciplinaires**XXX037** Planification – Programmation – Évaluation**XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières**XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)**XXX063** Garde sur place**XXX071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)**XXX079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (*annexe IX, article 5*)**XXX098** Services de santé durant le délai de carence**XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)**Code d'activité****088030** Services cliniques disp. Détention EP CLSC

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE (suite)**ACCORDS (suite)**# **Accord n° 725**

- 051015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques
- 051028** Gestion administrative spécifique de l'UMF
- 051030** Services cliniques
- 051031** Étude de dossiers
- 051032** Rencontres multidisciplinaires
- 051043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 051068** Encadrement clinique et pédagogique
- 051069** Activité de supervision
- 051133** Demi-journée de formation continue
- 051134** Journée complète de formation continue

Accord n° 727**Code d'activité**

- 277297** Télésanté Accord n° 727 – Centre Masko-Siwin

ENTENTES PARTICULIÈRES**EP 1 – Médecins qui exercent dans le Grand-Nord***(dépannage : 009XXX, voir partie générale)*

- 002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 002063** Garde sur place
- 002071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 002081** Garde en disponibilité
- 002084** Services cliniques (situation exceptionnelle)
- 002085** Garde sur place (situation exceptionnelle)
- 002094** Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)
- 002098** Services de santé durant le délai de carence
- 002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 6 – Garde dans un service d'urgence de certains CLSC du réseau de garde intégré

- 002063** Garde sur place
- 002071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

EP 10 – Services en anesthésie dans certains CHSGS*(centre hosp. soins généraux / spécialisés)*

- 008030** Services cliniques
- 008098** Services de santé durant le délai de carence
- 008105** Heures non faites sur place (régime B)
- 008106** Pour la suite d'un acte anesthésique débuté pendant une période rémunérée à la vacation (régime B)
- 008139** Services - Malade admis (régime B)

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**EP 17 – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC****Dans un CLSC = 002XXX****Dans le programme Toxicomanie = 263XXX****Dans le programme Itinérance = 264XXX**# **Programme Santé mentale en CLSC = 276XXX****XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C**XXX030** Services cliniques**XXX031** Étude de dossiers**XXX032** Rencontres multidisciplinaires**XXX037** Planification - programmation - évaluation**XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières**XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)**XXX063** Garde sur place**XXX071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures**XXX079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (*annexe IX, article 5*)**XXX098** Services de santé durant le délai de carence**Programme Centre de détention****088030** Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC**Programme Centre anti-poison****089030** Services cliniques**089067** Expertise conseil, information et coordination# **Annexe I – Modalités de rémunération spécifiques applicables dans le cadre de santé mentale en CLSC****072101** Activités de fonctionnement en GMF**EP 19 – Évaluation multidisciplinaire****050032** Rencontres multidisciplinaires**050043** Tâches médico-administratives et hospitalières**EP 21 – Planning - sexualité****052030** Services cliniques**052032** Rencontres multidisciplinaires**052043** Tâches médico-administratives et hospitalières**052055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)**052098** Services de santé durant le délai de carence**EP 23 – Médecins qui exercent au Centre de santé Chibougamau***(dépannage : 009XXX, voir partie générale)***002015** Examens relatifs à l'hépatite C**002030** Services cliniques**002032** Rencontres multidisciplinaires**002043** Tâches médico-administratives et hospitalières**002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)**002063** Garde sur place**002071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures**002079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (*annexe IX, article 5*)**002081** Garde en disponibilité**002098** Services de santé durant le délai de carence**002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**EP 24 – Santé publique**

- XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX025** Dépistage cancer du sein
- XXX029** Garde en disponibilité
- XXX030** Services cliniques
- XXX032** Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
- XXX037** Planification, élaboration et implantation des programmes
- XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- XXX047** Évaluation de l'impact des programmes
- XXX067** Expertise conseil, information et coordination
- XXX088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- XXX098** Services de santé durant le délai de carence
- XXX148** Services cliniques : Situation de **sinistre**, de **catastrophe** et **d'épidémie**

Remarque : Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, XXX peut correspondre à :

- 115 : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- 145 : les traumatismes non intentionnels;
- 155 : les maladies infectieuses;
- 165 : la santé environnementale;
- 175 : la santé en milieu de travail;
- 185 : autres secteurs d'activités;
- 195 : les habitudes de vie et les maladies chroniques.

EP 27 – Médecins, chef de département clinique / médecine générale (CHSGS)

- 013043** Tâches médico-administratives et hospitalières

EP 31 – CH Pierre-Janet

- 071013** Formation

EP 32 – RRSSS - Nunavik (17) et Conseil cri SSS - Baie James (18) et Centre de santé de la Basse Côte-Nord

- 074030** Services cliniques
- 074095** Forfait de garde (sur place ou en disponibilité)

Dépannage

- 009030** Services cliniques
- 009095** Forfait de garde (sur place ou en disponibilité)

EP 33 – Groupe de médecine familiale (GMF)

- 072101** Activités de fonctionnement en GMF
- 072103** Activités cliniques en GMF

EP 39 – Clinique réseau

- 076110** Services cliniques sans rendez-vous exempts du plafond trimestriel (paragraphe 7.01)
- 076111** Services cliniques avec rendez-vous

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**EP 42 – Médecin enseignant**

- 051015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques
- 051028** Gestion administrative spécifique de l'UMF
- 051030** Services cliniques
- 051031** Étude de dossiers
- 051032** Rencontres multidisciplinaires
- 051043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 051068** Encadrement clinique et pédagogique
- 051069** Activité de supervision
- 051133** Demi-journée de formation continue
- 051134** Journée complète de formation continue
- 063030** Services cliniques aux **malades admis**

EP 44 – Médecins qui exercent dans ou auprès du CSSS des Îles

(dépannage : 009XXX, voir partie générale)

- 002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 002063** Garde sur place
- 002071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 002081** Garde en disponibilité (*aboli au 31 mars 2010*)
- 002083** Garde en disponibilité (anesthésie)
- 002084** Services cliniques (situation exceptionnelle)
- 002085** Garde sur place (situation exceptionnelle)
- 002098** Services de santé durant le délai de carence
- 002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

EP 49 – Programme spécifique dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**Autre que services pré-hospitaliers**

- 054015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 054030** Services cliniques
- 054032** Rencontres multidisciplinaires
- 054043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 054055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 054098** Services de santé durant le délai de carence

Services pré-hospitaliers cliniques

- 058037** Planification - Programmation - Évaluation

ENTENTES PARTICULIÈRES (suite)**EP 52 - Services pré-hospitaliers d'urgence****Section I - Services préhospitaliers d'urgence régionaux**

- 225075** Témoin période régulière
- 225159** Assurance-qualité
- 225161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- 225163** Participation aux comités nationaux
- 225164** Activités médico-administratives autorisées

Section II - Services préhospitaliers d'urgence des régions Montréal et Laval

- 205063** Garde sur place
- 205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 205075** Témoin période régulière
- 205159** Assurance-qualité
- 205160** Constat de décès
- 205161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- 205162** Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut réclamer cette activité)
- 205163** Participation aux comités nationaux
- 205164** Activités médico-administratives autorisées
- 205165** Garde en disponibilité – Constat décès

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

- 215063** Garde sur place
- 215071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 215163** Participation aux comités nationaux
- 215164** Activités médico-administratives autorisées
- 215166** Formation donnée
- 215167** Support en ligne
- 215168** Élaboration et évaluation de protocoles ou activités
- 215169** Garde en disponibilité – Support en ligne

EP 54 - Groupe médecine de famille désigné réseau

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

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

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

Protocole d'accord « DRMG »

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

2.7 ÉTAT DE LA FACTURATION

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

BLC4R01	BLC4135L-BLC4U94	RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS À TARIF HORAIRE (annexe XIV) ÉTAT DE LA FACTURATION Période du 20AA-06-01 au 20AA-05-31 1 an)			DATE AA-10-23	PAGE 1	
NUMÉRO: 0-00000-0 NOM: UNTEL JEAN ADRESSE: 1125, Grande-Allée Ouest Sillery (Québec) G1S 1E7							
① SEMAINE DU	② AU	③ ÉTAB. NCE	④ --- COL 1 --- Activités régulières de base --- 71 --- ④.1 ④.2	⑤ --- COL 2 --- Garde sur place de base --- 70 --- ⑤.1 ⑤.2	⑥ --- COL 3 --- Act. régulières de base --- 71 --- Garde sur place de base --- 70 --- ⑥.1 ⑥.2 ⑥.3 ⑥.4		⑦ TOTAL HEURES D.P. ⑥.5
SPÉCIMEN							
TOTAL: ⑧							
⑨ SOMMAIRE	CODE	⑩ --- COL 1 ---	⑪ --- COL 2 ---	⑫ --- COL 3 ---	TOTAL		
Services cliniques	2930						
Rencontr. multidisciplinaires	2932						
Garde sur place	2963						
Services cliniques	4130						
Garde sur place	4163						
Services cliniques	5730						
Rencontr. multidisciplinaires	5732						
Garde sur place	5763						
TOTAL: ⑬							

2.7 DESCRIPTION DU BILAN (13 parties)

- 1** Période de facturation du dimanche au samedi.
- 2** Numéro de l'établissement où les services ont été rendus.
- 3** Numéro de la demande de paiement.
- 4** Activités régulières rémunérées selon la colonne 1 du tableau des modificateurs jusqu'à un maximum annuel de 1 540 heures.
 - 4.1** Nombre d'heures d'activités régulières qui sont facturées dans l'établissement mentionné excluant le code XXX071.
 - 4.2** Nombre d'heures en garde sur place (code XXX071) comprises dans les 35 heures hebdomadaires d'activités professionnelles.
- 5** Garde sur place rémunérée selon la colonne 2 du tableau des modificateurs jusqu'à un maximum annuel de 528 heures.
 - 5.1** Nombre d'heures de garde sur place.
 - 5.2** Nombre d'heures réputées être des heures de garde sur place (code XXX070). Doit être autorisé par entente.
- 6** Activités rémunérées selon la colonne 3 du tableau des modificateurs. Activités régulières excédant 1 540 heures annuelles, garde sur place excédant 528 heures et garde en disponibilité.
 - 6.1** Nombre d'heures d'activités régulières excédant 1 540 heures par année.
 - 6.2** Nombre d'heures en garde sur place comprises dans les 35 heures hebdomadaires d'activités professionnelles lorsque le nombre annuel d'activités régulières (1 540) est dépassé.
 - 6.3** Nombre d'heures de garde sur place excédant 528 heures par année.
 - 6.4** Nombre d'heures réputées être des heures de garde sur place lorsque les heures de la colonne 2 dépassent 528 heures par année.
 - 6.5** Nombre d'heures de garde en disponibilité lorsque permis par entente.
- 7** Total hebdomadaire des heures rémunérées en colonnes 1, 2 et 3.
- 8** Total des heures rémunérées à la dernière période de facturation paraissant à cet état de facturation.
- 9** Énumération des codes d'activités pour lesquels des heures ont été payées au cours de la période de référence.
- 10** Total par code d'activités des heures rémunérées en colonne 1.
- 11** Total par code d'activités des heures rémunérées en colonne 2.
- 12** Total par code d'activités des heures rémunérées en colonne 3.
- 13** Total des heures rémunérées à la dernière période de facturation paraissant à cet état de facturation.