



**MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT**

MISE À JOUR : 24

Octobre 2014

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les pages décalées

CHANGEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- INTRODUCTION

- Modifications administratives

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

- RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification administrative

Page : [1](#)

- PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

Pages : [1](#) et [3](#)

- Paragraphe 3.7 :

- modification des calendriers des périodes de facturation et dates de paiement pour les années 2014 et 2015

Pages : [8](#) et [9](#)

- B - BIOCHIMIE MÉDICALE

- Modification administrative

Page : [B-3](#)

- G - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modification administrative

Page : [G-10](#)

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante :
028 / 2014-05-07*

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-52556-1

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



INTRODUCTION

Le Manuel des médecins omnipraticiens services de laboratoire en établissement vise à renseigner les médecins omnipraticiens sur les modalités d'application de l'entente portant sur les services de laboratoire en établissement.

À cet égard, il contient notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement pour les médecins rémunérés à l'acte – assurance hospitalisation, des renseignements relatifs au paiement ainsi que les dispositions tarifaires.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210
 - Montréal : 514 873-3480
 - Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = Mise à jour

XX = Numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier.

MMMM 20AA = Mois et année de la publication de la mise à jour.

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les deux derniers chiffres de l'année.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « *AVIS* », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

- 00 est une modification effectuée en vertu d'une entente du comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;

- tout **autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'amendement relatif à l'entente générale.

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

2. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

AVANT-PROPOS

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Remplir le formulaire en **lettres détachées majuscules**.

Toute erreur ou omission (date, code d'acte, nombre d'exams, identification de l'établissement ou du professionnel, signature du professionnel ou du mandataire de l'établissement, etc.) dans la rédaction de la demande de paiement peut entraîner son annulation.

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

Ainsi, il faut écrire le 18 mai 20AA comme suit : AA-05-18

Inscrire les montants demandés **sans le signe de dollar (\$)**.

2.0 DEMANDE DE PAIEMENT (1606)

Seuls les actes relevant des **disciplines suivantes** doivent être inscrits sur cette demande de paiement :

- anatomo-pathologie
- électrocardiographie en établissement (interprétation)
- électroencéphalographie
- hématologie
- médecine nucléaire (*in vitro*) (*)
- radiologie diagnostique (*)

Remarque : Les frais de déplacement sont également inscrits sur cette formule lorsqu'il s'agit d'actes relevant des disciplines suivantes : anatomo-pathologie, hématologie et radiologie diagnostique.

Les médecins omnipraticiens qui détiennent des privilèges d'exercice dans plus d'une discipline doivent inscrire les actes se rapportant à chaque préambule sur des demandes de paiement distinctes.

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux services de laboratoire en établissement. Se référer au Manuel des médecins omnipraticiens - Régime d'assurance maladie, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*, section 4.7, Rémunération différente.

(*) Pour les actes relevant de la médecine nucléaire (*in vivo*) et de la radiologie diagnostique **ailleurs qu'en établissement** ainsi que pour d'autres services précis tel que la densité osseuse, **veuillez utiliser** la Demande de paiement - Médecin (1200).

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1606)

Régie de l'assurance maladie Québec

0000

**DEMANDE DE PAIEMENT
À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE	MOIS	JOUR	1	ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------	---	-------	------	------

DU | | | AU | | |

PROFESSIONNEL

PRENOM	NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPECIALITE
--------	-----	-------------------------	--------------	-----------------------

ÉTABLISSEMENT

NOM	NUMÉRO	DÉPARTEMENT OU SERVICE
-----	--------	------------------------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1						
2	4					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
TOTAL ▶						

SPÉCIMEN

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

DATE

ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------

SIGNATURE DU MÉDECIN

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

DATE

ANNÉE	MOIS	JOUR
-------	------	------

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

2

MAJ 24 / octobre 2014 / 99

3. PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

Le professionnel de la santé, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement **dûment complétée dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est fourni.**

3.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de virement bancaire (*dépôt direct*) émis à l'ordre du professionnel traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir le paiement.

- # Le virement (*dépôt*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

3.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment complétées.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les trois mois de la date des services.

3.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE			
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					20AA-04-25 (T)		001	
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÉQUE OUVIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-04-15 (P)		OR-18	DE 003
1	2	3	4	5	6	7	8	
UNTEL ROBERT		0-00000-0	00000000 C	20AA-05-06				
UNTEL ROBERT 1125 GRANDE ALLÉE OUEST QUÉBEC QC G1K 7T3				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:				
				Québec:.....418 643-8210				
				Montréal:.....514 873-3480				
				Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776				
				9				
				SOMMAIRE				
				MESSAGES GÉNÉRAUX				
				SPÉCIMEN				
OR341 - 4702 082007					VOIR AU VERSO			

3.3.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

3.3.1.1 Renseignements généraux (parties 1 à 9)

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM. Les nom et prénom du professionnel.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL. Le numéro du professionnel ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. NUMÉRO DU GROUPE. Le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) attribué par la Régie
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT. Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE. Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- # 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « **P** » - Papier, « **T** » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT. Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION. La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. NOM ET ADRESSE. Nom et adresse postale fournis par le professionnel ou le mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

3.3.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paiements et retenues

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net payé.

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

Exemple des parties 1a à 6a (3.3.1.3)

Régie de l'assurance maladie Québec						ÉTAT DE COMPTE											
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4																	
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE							
NOM UNTEL ROBERT						N° DU PROFESSIONNEL 0-00000-0		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT 00000000 C		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-05-06		20AA-04-25 (T)		003			
												20AA-04-15 (P)		OR-18		003	
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a	6a	DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE											
SPÉCIMEN																	
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																	
FIN DU RELEVÉ																	

3.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif (voir **3.8**)

Aucun code : Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12; ne pas faire de demande de révision.
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
(*Demande de paiement retenue, non payée avant appréciation*)
- 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.)
- 90- Ajustements spéciaux de révision
- 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96- DP (*Demande de paiement*) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

3.7 Calendrier de paiement (2014)



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2014

JANVIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)			1	2	3	4
		1	2	3	4	
(3)	6	7	8	9	10	11
	6	7	8	9	10	11
(4)	13	14	15	16	17	18
	13	14	15	16	17	18
(5)	20	21	22	23	24	25
	20	21	22	23	24	25
(6)	27	28	29	30		
	27	28	29	30		
	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
						1
(7)	34	35	36	37	38	39
	34	35	36	37	38	39
(8)	41	42	43	44	45	46
	41	42	43	44	45	46
(9)	48	49	50	51	52	53
	48	49	50	51	52	53
(10)	55	56	57	58		
	55	56	57	58		
	23	24	25	26	27	28

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
						1
(11)	62	63	64	65	66	67
	62	63	64	65	66	67
(12)	69	70	71	72	73	74
	69	70	71	72	73	74
(13)	76	77	78	79	80	81
	76	77	78	79	80	81
(14)	83	84	85	86		
	83	84	85	86		
	23	24	25	26	27	28
	30	31	25	26	27	28

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
(16)	97	98	99	100	101	102
	97	98	99	100	101	102
(17)	104	105	106	107	108	109
	104	105	106	107	108	109
(18)	111	112	113	114	115	116
	111	112	113	114	115	116
(19)	118	119	120			
	118	119	120			
	27	28	29	30		

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				1	2	3
				1	2	3
(20)	125	126	127	128	129	130
	125	126	127	128	129	130
(21)	132	133	134	135	136	137
	132	133	134	135	136	137
(22)	139	140	141	142	143	144
	139	140	141	142	143	144
(23)	146	147	148	149	150	151
	146	147	148	149	150	151
	25	26	27	28	29	30
	25	26	27	28	29	30

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	157	158
	153	154	155	156	157	158
(25)	160	161	162	163	164	165
	160	161	162	163	164	165
(26)	167	168	169	170	171	172
	167	168	169	170	171	172
(27)	174	175	176	177	178	179
	174	175	176	177	178	179
(28)	181	182	183	184	185	186
	181	182	183	184	185	186
	29	30				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
(29)	188	189	190	191	192	193
	188	189	190	191	192	193
(30)	195	196	197	198	199	200
	195	196	197	198	199	200
(31)	202	203	204	205	206	207
	202	203	204	205	206	207
(32)	209	210	211	212		
	209	210	211	212		
	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)				1	2	3
				1	2	3
(33)	216	217	218	219	220	221
	216	217	218	219	220	221
(34)	223	224	225	226	227	228
	223	224	225	226	227	228
(35)	230	231	232	233	234	235
	230	231	232	233	234	235
(36)	237	238	239	240	241	242
	237	238	239	240	241	242
	24	25	26	27	28	29
	31	25	26	27	28	29

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	245	246	247	248	249
	244	245	246	247	248	249
(38)	251	252	253	254	255	256
	251	252	253	254	255	256
(39)	258	259	260	261	262	263
	258	259	260	261	262	263
(40)	265	266	267	268	269	270
	265	266	267	268	269	270
(41)	272	273	274	275	276	277
	272	273	274	275	276	277
	28	29	30			

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			1	2	3	4
			1	2	3	4
(42)	279	280	281	282	283	284
	279	280	281	282	283	284
(43)	286	287	288	289	290	291
	286	287	288	289	290	291
(44)	293	294	295	296	297	298
	293	294	295	296	297	298
(45)	300	301	302	303	304	305
	300	301	302	303	304	305
	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						1
						1
(46)	307	308	309	310	311	312
	307	308	309	310	311	312
(47)	314	315	316	317	318	319
	314	315	316	317	318	319
(48)	321	322	323	324	325	326
	321	322	323	324	325	326
(49)	328	329	330	331	332	333
	328	329	330	331	332	333
	23	24	25	26	27	28
	30	24	25	26	27	28

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	339	340
	335	336	337	338	339	340
(51)	342	343	344	345	346	347
	342	343	344	345	346	347
(52)	349	350	351	352	353	354
	349	350	351	352	353	354
(53)	356	357	358	359	360	361
	356	357	358	359	360	361
(2)	363	364	365			
	363	364	365			
	28	29	30	31		

7095_292_1403

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

Calendrier de paiement (2015)



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2015

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)				1	2	3
(3)	5	●	7	8	9	10
(4)	12	13	14	15	▼	17
(5)	19	●	21	22	23	24
(6)	26	27	28	29	▼	31
	25	26	27	28	29	30

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	●	35	36	37	38
(8)	40	41	42	43	▼	45
(9)	47	●	49	50	51	52
(10)	54	55	56	57	▼	59
	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31		

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	●	63	64	65	66
(12)	68	69	70	71	▼	73
(13)	75	●	77	78	79	80
(14)	82	83	84	85	▼	87
(15)	89	●	91	92	93	94
	29	30	31			

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			91	92	93	94
(16)	96	97	98	99	▼	101
(17)	103	●	105	106	107	108
(18)	110	111	112	113	▼	115
(19)	117	●	119	120		
	26	27	28	29	30	

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)					121	122
(20)	124	125	126	127	▼	129
(21)	131	●	133	134	135	136
(22)	138	139	140	141	▼	143
(23)	145	●	147	148	149	150
(24)	151	152	153	154	155	156
31	25	26	27	28	29	30

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	▼	157
(25)	159	●	161	162	163	164
(26)	166	167	168	169	▼	171
(27)	173	●	175	176	177	178
(28)	180	181				
	28	29	30			

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	184	185
(29)	187	●	189	190	191	192
(30)	194	195	196	197	▼	199
(31)	201	●	203	204	205	206
(32)	208	209	210	211	▼	213
	26	27	28	29	30	31

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						213
(33)	215	●	217	218	219	220
(34)	222	223	224	225	▼	227
(35)	229	●	231	232	233	234
(36)	236	237	238	239	240	241
(23)	242	243	244	245	246	247
(24)	248	249	250	251	252	253
30	31	25	26	27	28	29

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		●	245	246	247	248
(38)	250	251	252	253	▼	255
(39)	257	●	259	260	261	262
(40)	264	265	266	267	▼	269
(41)	271	●	273			
	27	28	29	30		

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				274	275	276
(42)	278	279	280	281	▼	283
(43)	285	●	287	288	289	290
(44)	292	293	294	295	▼	297
(45)	299	●	301	302	303	304
	25	26	27	28	29	30
	31					

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	▼	311
(47)	313	●	315	316	317	318
(48)	320	321	322	323	▼	325
(49)	327	●	329	330	331	332
(50)	334					
	29	30				

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)		335	336	337	▼	339
(51)	341	●	343	344	345	346
(52)	348	349	350	351	▼	353
(53)	355	●	357	358	359	360
(2)	362	363	364	365		
	27	28	29	30	31	

7095_202_13/09

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

3.8 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS

- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services de laboratoire en établissement. S'il y a lieu, refacturer les actes à partir de votre date d'admissibilité.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services de laboratoire en établissement.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif (groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 245** Demande de paiement non acheminée au paiement.
- 246** Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (7 chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
- 247** Le code de spécialité est absent, illisible, incomplet (2 chiffres), erroné ou inexistant sur la demande de paiement.
- 282** Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 313** Le délai de facturation, de refacturation ou de révision est expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 314** L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou,
- date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.
- 322** Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.
- 328** La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération. Les honoraires sont payés selon le taux applicable à la date de début de la période de facturation. Veuillez vérifier et présenter une demande de révision en séparant la période en deux demandes de paiement distinctes, s'il y a lieu.
- 329** Votre facturation excède le 1^{er} juin. Utiliser deux demandes de paiement distinctes pour facturer les services rendus avant et après le 1^{er} juin.
- 330** La période de facturation chevauche un changement du taux de rémunération. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 331** La période de facturation chevauche un changement d'entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 340** La période de facturation inscrite sur la demande de paiement est manquante ou non acceptable.
- 341** La période de facturation ne doit pas excéder quatre semaines.
Voir la section 2.1.2 sous l'onglet *Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement*.

4.4 À chaque période de deux semaines, le médecin indique à la Régie les jours pour lesquels il réclame une quote-part et le montant correspondant.

AVIS : *La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :*

- nombre de lettres « K » représentant votre pleine charge professionnelle ou vos charges partielles

plus

- nombre de lettres « K » représentant vos suppléments de charge

multiplié par 1 863 \$

multiplié par 1/180

Exemple : *Pour une pleine charge dans un établissement (80 K) ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, la charge totale est de 88 K (80 + 8). Les honoraires pour une quote-part équivalent donc à :*

$(80 + 8) \times 1\,863 \$ \times 1/180 = 910,80 \$$

4.5 Le paiement de la rémunération forfaitaire pour la charge professionnelle annuelle n'exclut pas le paiement au médecin, pour la période où cette rémunération forfaitaire a été réclamée, d'autres types de rémunération prévus à l'Entente pour les activités non visées ou non rémunérées par le présent préambule.

Article 5 Avis d'assignation

5.1 Dans les deux mois précédant l'application de ce nouveau préambule, chaque médecin fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année.

Le médecin qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

Par la suite, dans les deux mois précédant le début de chaque année, le médecin fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié son affectation pour la prochaine année seulement s'il y a des changements. Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

AVIS : *Le médecin doit faire parvenir un Avis d'assignation (3795) à la Régie dûment rempli et contresigné par le chef de département ou le chef de service concerné. Cet avis d'assignation est transmis lors d'une première inscription ainsi que pour toute modification à sa charge professionnelle ou à ses suppléments de charge, s'il y a lieu.*

L'avis d'assignation est contresigné par le chef du département ou du service de biochimie, selon le cas, ou par la personne qui en assume la responsabilité.

5.2 Le médecin biochimiste qui interrompt sa pratique en informe la Régie dans les dix jours.

ANNEXE

Aux fins de l'application du préambule

de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante :1 863 \$.

		L R = 7	C R = 1
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT			
8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire graphie seulement	34,30	19,55
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	58,15	33,90
Bronchographie			
8109	unilatérale	32,40	16,40
8111	bilatérale	44,75	23,75
8166	Cholangiographie per-cutanée transhépatique	43,25	18,20
8007	Cisternographie opaque	74,25	24,80
8027	Dacryocystographie	28,35	7,35
8098	Discographie, un (1) niveau ou plus	32,60	19,30
8004	Encéphalographie	70,80	22,65
8214	Fistulographie	25,95	8,80
8201	Galactographie, incluant l'injection	39,25	32,60
8202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	51,45	26,90
8119	Laryngogramme, avec contraste opaque	69,25	17,50

Mammographie

AVIS : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle. Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de mammographie, consulter le site Web de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

sans examen clinique			
8140	unilatérale	26,85	6,00
8141	bilatérale	40,45	10,75
avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique			
8142	unilatérale	26,85	13,25
8143	bilatérale	40,45	17,50
8199	Radiographie d'une pièce biopsique	24,60	4,75

AVIS : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

8204	Mesure de la densité osseuse	40,15	14,90
------	--	-------	-------

NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites. L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

AVIS : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8122	Microradiographie des mains	12,50	3,85
------	---------------------------------------	-------	------

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin (1200) doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
8096	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire contraste huileux	82,95	24,85
8097	contraste non-ionique.	177,95	24,85
8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		24,35
8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection . . .	67,95	74,75
8025	Sialographie	58,55	10,75
8006	Stéréotaxie	70,80	22,65
8232	Tomographie	60,15	12,70
8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit. en établissement		9,95
	en cabinet.		18,90

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni

En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD 021)

En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen + 9,05 \$ (MOD 008)

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : Lorsque le médecin exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**.

- Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.

Lorsque le médecin ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.

- Remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).

**ANGIORADIOLOGIE
(Technique)**

Les services médicaux de la section « Angioradiologie (Technique) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans. MOD 066.

8401	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée.		104,30
8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébographies non sélectives.		104,30
8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément		52,05
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément.		66,20
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément		17,45

NOTE :

- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.

- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin (1200) doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.