

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

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

Coordination

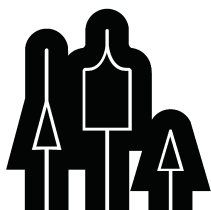
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-48103-4



MANUEL DES SPÉCIALISTES BROCHURE N° 2

MISE À JOUR 61
Mai 2018

Veillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes :*

- n° 409 du 28 mars 2018
- n° 053 du 11 mai 2018

MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

- TABLE DES MATIÈRES

- Mise à jour
Page : 2

- SALARIAT

- Mise à jour du tableau des congés fériés
Page : 19

- HONORAIRES FORFAITAIRES

- Modifications administratives
Page : 21

- FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Modifications administratives
Pages : 3, 4 et 6

- PAIEMENT

- Actualisation des calendriers de paiement
Pages : 13 à 18

- **MESSAGES EXPLICATIFS - Honoraires forfaitaires**

- Ajout du message explicatif 399

Page : 11

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord
 - S Suppression de contenu administratif ou officiel
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-48103-4

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

La Brochure n° 2 vise à renseigner les médecins spécialistes sur les modalités de facturation pour les modes de rémunération du salariat ou des honoraires forfaitaires.

À cet égard, elle contient notamment, les guides de rédaction pour ces modes de paiement, une section paiement et les messages explicatifs afférents.

Lorsque le texte de la brochure 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 de vos manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

À sa demande, le médecin spécialiste pourra recevoir gratuitement une version papier des manuels et brochures nécessaires à sa pratique. Les mises à jour papier de ces publications lui seront par la suite transmises par la poste une fois l'an. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuels et formulaires* du Manuel des médecins spécialistes.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, veuillez consulter les coordonnées de 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)

S

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

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 lettre d'entente, d'un accord ou de tout autre document officiel;

- Tout **autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la modification relative à l'Accord-cadre.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1.0 SALARIAT	1
AVANT-PROPOS.	1
RÉMUNÉRATION MAJORÉE	1
1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (<i>formulaire 1216</i>)	2
1.1.1 Description du formulaire.	3
1.1.2 Rédaction de la demande de paiement.	4
1.2 EXPÉDITION	15
1.3 DESCRIPTION DES CODES	16
1.3.1 Description des codes d'activité	16
1.3.2 Description des codes de congé prévus à l'Entente (annexe 21)	17
1.3.3 Secteurs de dispensation.	18
1.4 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS	19
1.5 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX (<i>annexe 21 de l'Accord-cadre</i>)	20
1.5.1 Description du bilan des avantages sociaux.	21
1.6 ÉTAT DE LA FACTURATION (<i>avantages sociaux, annexe 21 de l'Accord-cadre</i>)	22
1.6.1 Description de l'état de la facturation	23
2.0 HONORAIRES FORFAITAIRES	1
AVANT-PROPOS.	1
RÉMUNÉRATION MAJORÉE	1
2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - HONORAIRES FORFAITAIRES (<i>formulaire 1215</i>)	2
2.1.1 Description du formulaire.	3
2.1.2 Rédaction de la demande de paiement.	4
2.1.3 Le mode de rémunération	13
2.1.3.1 Préambule	13
2.1.3.2 Tarif horaire	14
2.1.3.3 Per diem	15
2.1.3.4 Per diem et tarif horaire	16
2.1.3.5 Per diem et demi-journée	17
2.1.3.6 Demi-journée et tarif horaire	18
2.2 DESCRIPTION DES CODES	19
2.2.1 Description des codes d'activité	19
2.2.2 Secteur de dispensation	24
2.3 ANNEXE 40 ET PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ et ÉVAQ	26
2.3.1 Exemple de facturation - ANNEXE 40	26
2.3.2 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ et ÉVAQ - CAPQ	27
2.3.3 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ et ÉVAQ - EVAQ	28
2.3.4 Description des codes d'activité	29
2.3.5 Frais de déplacement et de séjour	31
2.4 EXPÉDITION	31

	<i>Page</i>
3.0 FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE <i>Abrogé</i>	
4.0 FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR	1
4.1 (Annexe 23)	2
4.2 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres)	2
4.3 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	3
4.4 FORMULAIRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (<i>formulaire 1988</i>)	5
4.4.1 Description du formulaire	6
5.0 PAIEMENT	1
5.1 MODE DE PAIEMENT	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
5.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
5.3.1 Retour d'erreurs à l'agence	1
5.4 ÉTAT DE COMPTE - SALARIAT	2
5.4.1 Description	3
5.5 ÉTAT DE COMPTE - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES	6
5.5.1 Description	7
5.5.2 Vérification des paiements	9
5.6 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	10
5.6.1 Paiement autorisé tel que réclamé	10
5.6.2 Demandes de paiement en cours de traitement	10
5.6.3 Paiement refusé en partie	10
5.6.4 Paiement refusé en totalité	10
5.6.5 Modification d'une demande déjà payée	11
5.7 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	11
5.8 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	12
5.8.1 Codes de transactions	12
# 5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2017) <i>Honoraires fixes - Salariat</i>	13
# 5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) <i>Honoraires fixes - Salariat</i>	14
# 5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) <i>Honoraires fixes - Salariat</i>	15
# 5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2017) <i>S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte</i>	16
# 5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) <i>S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte</i>	17
# 5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) <i>S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte</i>	18
6.0 MESSAGES EXPLICATIFS	1
6.1 MSG - SALARIAT	1
6.2 MSG - HONORAIRES FORFAITAIRES	8

1.0 SALARIAT

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles au paiement selon le mode du salariat la *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (1216).

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Le formulaire peut être rempli et imprimé en cliquant sur le lien disponible. Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Accord-cadre et 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, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de la 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 juin 20AA s'écrit AA 06 15.

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération majorée s'appliquent aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat. Se reporter au *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*, sous l'onglet *Liste des localités*.

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

1.1 DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (1216)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1		DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT		Régie de l'assurance maladie Québec	
PROFESSIONNEL PRÉNOM 2		NOM		N° DU PROFESSIONNEL	
ÉTABLISSEMENT NOM 3		NUMÉRO		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	
DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 4		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR		C.S. 10	
NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES 12					

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

HEURES SUPPLÉMENTAIRES										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 8						
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :		9										
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

11

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE				CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		À L'USAGE DE LA RÉGIE	JURÉ OU TÉMOIN		MONTANT	
80	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN		13					Spécifier la rémunération reçue		14	
	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR										

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

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT				ANNÉE MOIS JOUR	
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.					
17					

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

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET
 EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1.1.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte 17 parties :

- 1 Numéro de contrôle externe à quatre chiffres
- 2 Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés
- 3 Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés
- 4 Période de facturation
- 5 Quantième
- 6 Indication des activités et des heures effectuées
- 7 Indication des congés
- 8 Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée
- 9 Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps
- 10 C.S. (considération spéciale)
- 11 Renseignements complémentaires
- 12 Nombre de documents annexés
- 13 Congés pour période continue et prolongée
- 14 Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin
- 15 Montant d'assurance invalidité reçu
- 16 Signature du professionnel ou du mandataire
- 17 Attestation de l'établissement

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

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (parties 1 à 4)

#

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT															Régie de l'assurance maladie Québec													
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2																												
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE					NOM UNTEL					N° DU PROFESSIONNEL 1 8 9 9 9 4					C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES											
ÉTABLISSEMENT NOM Hôpital Laval										NUMÉRO 0 2 0 6 8		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE					DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 1 7		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 3									
ACTIVITÉS															CONGÉS													
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher) NUIT AM PM SOIR				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)													
					1				2				40															
					3				4				41															
					5				6				42															
					7				8				43															
					9				10				44															
					11				12				45															
					13				14				46															
					15				16				47															
					17				18				48															
					19				20				49															
					21				22				50															
					23				24				51															
					25				26				52															
					27				28				53															
					29				30				54															
HEURES SUPPLÉMENTAIRES															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES					TOTAL DES JOURS DE CONGÉS								
ACCUMULATION					60					NOMBRE D'HEURES :																		
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		70		QUANTIÈME	HEURES		71		QUANTIÈME	HEURES		72		QUANTIÈME	HEURES		73		QUANTIÈME	HEURES		74		QUANTIÈME	HEURES		TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																												
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																												
80		DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		L'USAGE DE LA RÉGIE		JURÉ OU TÉMOIN														
		ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR									Spécifier la rémunération reçue														
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE																												
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																												
ANNÉE MOIS JOUR																												
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																												
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																												
ANNÉE MOIS JOUR																												
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT																												
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																												
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																												

1216 292 15/04

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (*parties 1 à 4*) - suite

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe à quatre chiffres

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

Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés

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 (sept chiffres).

PARTIE 3

Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés

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

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres) : ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription du contrat du professionnel.

PARTIE 4

Période de facturation

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.**

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (parties 5 à 7)

#

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT															Régie de l'assurance maladie Québec																		
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE																																	
PROFESSIONNEL PRENOM					NOM					N° DU PROFESSIONNEL					C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES																
ÉTABLISSEMENT NOM										NUMÉRO					PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE					DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR			SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR										
ACTIVITÉS															CONGÉS																		
QUAN- TIÈME		PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.		HEURES TRAVAILLÉES		REF.	CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.		HEURES TRAVAILLÉES		REF.	CODE		DURÉE (JOURS)										
1 8		X				1	0 0 2 0 3 0 0 1		0 4 0 0		2								40														
1 8		X				3	0 0 2 0 3 0 0 1		0 7 0 0		4								41														
1 9		X				5	0 0 2 0 3 0 0 1		0 2 0 0		6		0 0 2 0 3 2		0 1 0 2 0 0				42														
1 9		X				7	0 0 2 0 3 0 0 1		0 4 0 0		8								43														
2 0		X				9	0 0 2 0 3 0 0 1		0 2 0 0		10		0 0 2 0 3 2		0 1 0 1 5 0				44														
2 0		X				11	0 0 2 0 3 0 0 1		0 5 0 0		12								45														
2 1		X				13	0 0 2 0 3 0 0 1		0 4 0 0		14								46														
2 1		X				15	0 0 2 0 3 0 0 1		0 5 0 0		16								47														
2 2						17					18								48		0 2 1 0 0												
						19					20								49														
						21					22								50														
						23					24								51														
						25					26								52														
						27					28								53														
						29					30								54														
HEURES SUPPLÉMENTAIRES															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES					TOTAL DES JOURS DE CONGÉS													
ACCUMULATION					60					NOMBRE D'HEURES :					0 3 6 5 0					1 0 0													
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		70		QUANTIÈME		HEURES		71		QUANTIÈME		HEURES		72		QUANTIÈME		HEURES		73		QUANTIÈME		HEURES		74		QUANTIÈME		HEURES		TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																																	
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																																	
80		DATE DE DÉBUT				DATE DE FIN				CODE DU CONGÉ				DURÉE (JOURS)				À L'USAGE DE LA RÉGIE				JURÉ OU TÉMOIN				MONTANT							
		ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR																Spécifier la rémunération reçue				\$							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE																																	
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																																	
ANNÉE MOIS JOUR																																	
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																																	
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																																	
ANNÉE MOIS JOUR																																	
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT																																	
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																																	

1216 292 15/04

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (*parties 5 à 7*) - suite

PARTIE 5

Quantième

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

PARTIE 6

Indication des activités et des heures effectuées

Cette partie qui comporte quinze lignes ou trente périodes de référence permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à salaire.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Plage horaire

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

Nuit :	de 0 h à 7 h
Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 h à 24 h

Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation d'activités et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. L'identification de la plage horaire est **essentielle**.

Exception :

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus 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 : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A. M.	P. M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5 h 50

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

Exemple 2

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

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

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

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

- Code 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.

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, se reporter aux avis apparaissant aux documents officiels ou voir le sous-paragraphe 1.3.1 de la présente section.

- Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il doit être utilisé en tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

Lorsque des services cliniques sont dispensés, le médecin indique le code du secteur où il a exercé sa principale activité.

Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », se reporter au sous-paragraphe 1.3.3 de la présente section.

- Heures travaillées

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

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi, trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrit 03.75.

PARTIE 7

Indication des congés

- Code du congé

La liste complète des codes de congé (deux chiffres) paraît au sous-paragraphe 1.3.2 de la présente section. Ce code doit toujours être indiqué lorsqu'un jour de congé est réclamé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé réclamé sur cette ligne.

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

Code **33** : réserve de vacances (jours accumulés et non utilisés au cours de l'année de référence précédente); le médecin doit en demander le report.

Code **02** : vacances accumulées (jours accumulés à la fin d'une année de service selon la période de référence).

Code **32** : vacances anticipées (jours anticipés au cours d'une année de service après avoir épuisé les jours de réserve de vacances et de vacances accumulées).

Le médecin en sera informé par son état de compte.

Remarque 2 : Utiliser le code de congé **40** pour la facturation des congés fériés. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles :

Code **44** : réserve de congés fériés (jours accumulés et non utilisés au cours de l'année de référence précédente); le médecin doit en demander le report.

Code **40** : congé férié annuel.

Le médecin en sera informé par son état de compte.

Remarque : Si la date de célébration retenue par l'établissement est différente de celle fixée par la Régie, inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et indiquer la **fête légale** reportée **et la date de sa célébration dans l'établissement** dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Pour connaître la date fixée par la Régie pour chaque fête légale, consulter le calendrier présenté au paragraphe 1.4 de la présente section.

Remarque 3 : Voir la partie 13, lorsque la durée du congé est de plusieurs jours.

- Durée du congé

Les congés doivent être demandés en demi-journée (0,50) ou en journée complète (1,00) peu importe le contrat. La valeur de chaque journée de congé sera attribuée selon le contrat du médecin spécialiste.

À titre d'exemple, un médecin effectuant les heures prévues dans son contrat qui est de 35 h par semaine, se verra attribuer 7 h pour chaque jour de congé, soit le un cinquième de la valeur du contrat. Pour un contrat de 45 h, la valeur de la journée de congé sera de 9 h ou de 4,50 h pour une demi-journée.

Remarque : Les médecins ayant un contrat dans plus d'un établissement verront la valeur du congé ajustée selon l'ensemble des contrats en respectant le maximum prévu par l'entente.

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (parties 8 et 9)

#

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT															Régie de l'assurance maladie Québec																													
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____															NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES _____																													
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____										N° DU PROFESSIONNEL _____					C.S. _____																													
ÉTABLISSEMENT NOM _____										NUMÉRO _____					PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____					SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____																								
ACTIVITÉS PLAGE HORAIRE (cocher)															CONGÉS																													
QUANT.		PLAGE HORAIRE (cocher)		RÉF.		CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.		HEURES TRAVAILLÉES		RÉF.		CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.		HEURES TRAVAILLÉES		RÉF.		CODE		DURÉE (JOURS)																				
1 8		X		1		0 0 2 0 3 0 0 1		0 4 0 0 0		2										40																								
1 8				3		0 0 2 0 3 0 0 1		0 7 0 0 0		4										41																								
1 9		X		5		0 0 2 0 3 0 0 1		0 2 0 0 0		6		0 0 2 0 3 2		0 1 0 2 0 0						42																								
1 9				7		0 0 2 0 3 0 0 1		0 4 0 0 0		8										43																								
2 0		X		9		0 0 2 0 3 0 0 1		0 2 0 0 0		10		0 0 2 0 3 2		0 1 0 1 5 0						44																								
2 0				11		0 0 2 0 3 0 0 1		0 5 0 0 0		12										45																								
2 1		X		13		0 0 2 0 3 0 0 1		0 4 0 0 0		14										46																								
2 1				15		0 0 2 0 3 0 0 1		0 5 0 0 0		16										47																								
2 2				17						18										48		0 2 1 0 0																						
				19						20										49																								
				21						22										50																								
				23						24										51																								
				25						26										52																								
				27						28										53																								
				29						30										54																								
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES : 7 5 0															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0 3 6 5 0															TOTAL DES JOURS DE CONGÉS 1 0 0														
REMISE DE TEMPS (CODE 80) 70 QUANTIÈME HEURES 71 QUANTIÈME HEURES 72 QUANTIÈME HEURES 73 QUANTIÈME HEURES 74 QUANTIÈME HEURES															TOTAL DES HEURES DE REMISE																													
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____																																												
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE 80 DATE DE DÉBUT ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ DATE DE FIN ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ CODE DU CONGÉ _____ DURÉE (JOURS) _____															JURÉ OU TÉMOIN Spécifier la rémunération reçue _____ \$																													
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____															ASSURANCE-INVALIDITÉ Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.																													
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____															(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																													
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																																												

1216 292 15/04

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (*parties 8 et 9*) - suite

PARTIE 8

Total des heures effectuées

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités

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

Total des jours de congé

La somme des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne *CONGÉS - DURÉE (JOURS)*

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

PARTIE 9

Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps

Ne pas utiliser cette partie.

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (parties 10 à 17)

#

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT															Régie de l'assurance maladie Québec											
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE					PROFESSIONNEL PRÉNOM					NOM					N° DU PROFESSIONNEL					C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS				
ÉTABLISSEMENT NOM					NUMÉRO					PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE					DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR									
															A A 0 6 1 7		A A 0 6 2 3									
ACTIVITÉS															CONGÉS											
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)											
	NUIT	AM	PM	SOIR																						
					1				2				40													
					3				4				41													
					5				6				42													
					7				8				43													
					9				10				44													
					11				12				45													
					13				14				46													
					15				16				47													
					17				18				48													
					19				20				49													
					21				22				50													
					23				24				51													
					25				26				52													
					27				28				53													
					29				30				54													
HEURES SUPPLÉMENTAIRES															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		TOTAL DES JOURS DE CONGÉS									
ACCUMULATION					NOMBRE D'HEURES :																					
70					71					72					73					74					TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																										
Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin																										
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE															JURÉ OU TÉMOIN											
80					DATE DE FIN					CODE DU CONGÉ					DURÉE (JOURS)		MONTANT									
ANNÉE MOIS JOUR					ANNÉE MOIS JOUR												Spécifier la rémunération reçue									
																	0 2 5 0 0 \$									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE															ASSURANCE-INVALIDITÉ											
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.															Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.											
Pierre Untel ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 6																										
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																										
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																										
Jacques Responsable SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT ANNÉE MOIS JOUR A A 0 6 2 6																										
															(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)		\$									
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																										

1.1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (parties 10 à 17) - suite

PARTIE 10

C.S. (considération spéciale)

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

Le cas échéant, lorsqu'un médecin doit rendre des services dans une localité où le taux de rémunération est différent de celui de l'établissement, il doit inscrire un « **A** » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro de la localité, la date des services rendus, la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 30), ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.

LETTRÉ 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.

PARTIE 11

Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 9, la lettre « **A** » ou « **B** » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire *Document complémentaire* (1944) (voir le *Manuel des médecins spécialistes* sous l'onglet *Manuels et formulaires*) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone.

PARTIE 12

Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone.

PARTIE 13

Congés pour période continue et prolongée

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

« Indication des activités et des heures effectuées » (partie 6) et « Indication des congés » (partie 7)

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

Une seule exception est cependant acceptable :

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

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

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

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)								
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR										
A	A	0	3	1	5	A	A	0	7	3	0	01	1	0	0	

La Régie générera hebdomadairement une demande de paiement **pour les congés rémunérés et les jours ouvrés**, tant et aussi longtemps que la date de fin inscrite dans cette partie ne sera pas atteinte; cette demande de paiement portera le même numéro d'identification et paraîtra sur l'état de compte du médecin. Les demandes de paiement ainsi générées tiendront compte, lorsque cela s'applique, des congés fériés observés dans l'établissement, sinon, le tableau des congés fériés sera alors utilisé (voir le paragraphe 1.4 de la présente section).

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

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN													
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR											
	A	A	0	4	0	2	A	A	0	4	2	7	02	0	2	0	

Remarque : En supposant que les 14 et 17 avril correspondent à des journées fériées observées dans l'établissement, la Régie reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et 2 jours de congés fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

PARTIE 14

Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin

Congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin

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

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

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

PARTIE 15

Montant d'assurance invalidité reçu

Le médecin spécialiste **est tenu de déclarer** à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit, selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou par tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie de l'assurance maladie du Québec. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte (réf. : *Brochure n° 1*, article 8.06 de l'annexe 21).

PARTIE 16

Signature du professionnel ou du mandataire

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

PARTIE 17

Attestation de l'établissement

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

1.2 EXPÉDITION

Transmettre à la Régie la copie portant les deux signatures, remettre une copie à l'établissement et conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Placer dans les enveloppes spécialement fournies à cet effet, les copies destinées à la Régie et les envoyer après chaque période à laquelle s'applique la demande de paiement.

- Ne pas surcharger les enveloppes;
- Affranchir suffisamment;
- Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Faire parvenir les demandes de paiement dans une enveloppe 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) à l'adresse suivante :

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

1.3 DESCRIPTION DES CODES

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

1.3.1 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

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

- 001030** Services cliniques (prestation de soins)
- 001032** Rencontres multidisciplinaires
- 001052** Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie
- 001055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 001072** Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 001098** Services de santé durant le délai de carence

Services médicaux en établissement

- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002037** Planification - programmation - évaluation (ne s'applique pas aux psychiatres)
- 002052** Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie
- 002053** Services de laboratoire
- 002055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002072** Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 002098** Services de santé durant le délai de carence

Soins de pneumo-phthisiologie

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

Santé publique

- 005030** Services cliniques
- 005032** Rencontres multidisciplinaires
- 005037** Planification - programmation - évaluation
- 005038** Coordination
- 005047** Exécution
- 005088** Programme de vaccination contre la méningocoque
- 005091** Avis médicaux
- 005098** Services de santé durant le délai de carence

Santé publique - santé et sécurité du travail (CNESST - Prévention)

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

1.3.2 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE (Annexe 21)**CONGÉS PARENTAUX AVEC RÉMUNÉRATION**

- 01** Maternité (articles 1.06 et 1.07);
- 10** Congé spécial - complication de grossesse (article 1.22 a)) ou interruption de grossesse (article 1.22 b));
- 12** Maternité - décès de la conjointe - résiduel des 20 semaines au conjoint (article 1.06);
- 21** Congé spécial - visites reliées à la grossesse (article 1.22 c));
- 22** Maternité - retrait préventif (non prévu à l'entente);
- 23** Paternité (article 1.24);
- 25** Adoption - congé 10 semaines (article 1.25);
- 26** Congé pour adoption de 5 jours - 2 jours précédant le code 28 (article 1.26).

CONGÉS PARENTAUX SANS RÉMUNÉRATION

- 27** Maternité - extension (article 1.18);
- 28** Congé pour adoption de 5 jours - 3 jours suivant le code 26 (article 1.26).
- 29** Maternité - prolongation (article 1.30);
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (article 1.26);
- 31** Congé en vue d'une adoption - 10 semaines (article 1.28);
- 35** Paternité - prolongation (article 1.30 a));
- 36** Adoption - prolongation (article 1.30 a));
- 37** Congé après la naissance ou l'adoption (article 1.30 b));
- 38** Congé pour enfant en difficulté - 1 an (article 1.34);
- 39** Congé pour responsabilités parentales (article 1.35).
- 60** Congé parental (non prévu à l'entente).

VACANCES

- 02** Vacances accumulées (article 2.02);
- 32** Vacances anticipées (article 2.02);
- 33** Réserve de vacances (article 2.02).

CONGÉS FÉRIÉS

- 40** Congé férié annuel (article 3.01);
- 41** Congé additionnel (article 3.01);
- 44** Réserve de congés fériés (article 3.01).

CONGÉS SPÉCIAUX AVEC RÉMUNÉRATION

- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (article 4.01 a));
- 51** Décès des père, mère, frère, soeur, enfant *, beau-père, belle-mère, bru et gendre (article 4.01 b));
- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (article 4.01 c));
- 08** Juré ou témoin (article 4.06).

* code 51 décès d'un enfant autre que ceux prévus à l'article 4.01 a).

CONGÉS SPÉCIAUX SANS RÉMUNÉRATION

- 54 Candidat et exercice d'une fonction publique (article 4.05);
- 55 Mariage (article 4.07);
- 56 Congé annuel sans rémunération (article 4.08);
- 57 Année sabbatique (article 4.10);
- 58 Cours de formation (article 4.11);
- 20 Congé après entente avec l'établissement (article 4.12).

PERFECTIONNEMENT

- 09 Congé de perfectionnement (article 5.01);
- 18 Congé de ressourcement anticipé (Annexe 19);
- 19 Congé de ressourcement (Annexe 19).

RÉGIME D'ASSURANCES - COMITÉ PARITAIRE

- 70 Participation au comité paritaire (article 6.18).

RÉGIME D'ASSURANCES - CONGÉS DE MALADIE ACCUMULÉS

- 15 Préretraite à plein tarif (article 8.01 b));
- 16 Préretraite à demi-tarif (article 8.01 b)).

INVALIDITÉ

- 10 Assurance salaire (articles 8.02 a) et 8.06).

1.3.3 SECTEURS DE DISPENSATION**S'applique dans tout centre sauf en CLSC**

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

1.4 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

JOURS FÉRIÉS	2017 / 2018	2018 / 2019	2019 / 2020
Journée nationale des Patriotes	22 mai 2017	21 mai 2018	20 mai 2019
Fête nationale du Québec	23 juin 2017	25 juin 2018	24 juin 2019
Fête du Canada	30 juin 2017	2 juillet 2018	1 ^{er} juillet 2019
Fête du Travail	4 septembre 2017	3 septembre 2018	2 septembre 2019
Action de grâces	9 octobre 2017	8 octobre 2018	14 octobre 2019
Veille de Noël	22 décembre 2017	24 décembre 2018	24 décembre 2019
Fête de Noël	25 décembre 2017	25 décembre 2018	25 décembre 2019
Lendemain de Noël	26 décembre 2017	26 décembre 2018	26 décembre 2019
Veille du jour de l'An	29 décembre 2017	31 décembre 2018	31 décembre 2019
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} janvier 2019	1 ^{er} janvier 2020
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2018	2 janvier 2019	2 janvier 2020
Vendredi saint	30 mars 2018	19 avril 2019	10 avril 2020
Lundi de Pâques	2 avril 2018	22 avril 2019	13 avril 2020

Ce tableau est publié à titre de référence pour le médecin. Il est utilisé à la Régie pour déterminer les droits du médecin en début ou en fin d'emploi ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés, tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède quatre semaines (art. 4.13, annexe 21 de l'Accord-cadre).

De plus, ce tableau est utilisé pour l'application de l'article 3.02 de l'annexe 21 de l'Accord-cadre - Brochure n° 1.

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

Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont diffusés sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

1.5 BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX - Annexe 21 de l'Accord-cadre

HDB3R01 HD64359-LHDB3U/HDB3		RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX		DATE	AA-06-12	PAGE	1
NOM:	UNTEL	①	NUMÉRO: 0-00000-0				
PRÉNOM:	PIERRE	②	Période de référence du AA-05-01 au AA-04-30 (1 an)				
ADRESSE:	DOCTEUR PIERRE UNTEL 1125, RUE FICTIF QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3	③	Statut des crédits et du bilan: FINAL				
		④	Date de départ: 00-00-00				
***** ANNÉES DE RÉFÉRENCE *****							
⑤	⑥	⑦	⑧ AA-AA				⑨
	CODE	UNITÉS	CRÉDITS	CONSOMMÉS	PAYÉS R.A.M.Q.	SOLDE À REPORTER	01-02 CRÉDITS
Vacances							
		Vacances reportées	Jours				
		Vacances annuelles	Jours				
		Vacances anticipées	Jours				
Férié							
		Congé férié	Jours				
Perfectionnement							
		Perfectionnement	Jours				
		Perfectionnement reporté	Jours				
SPÉCIMEN							
Message:	Ayant reçu votre première facturation du mois de mai de la nouvelle année de référence nous considérons avoir reçu toute votre facturation pour l'année terminée. Nous estimons donc que ces résultats sont finaux.						
Préparé par:	Le service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires.						
	Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec un représentant du Service de l'assistance aux professionnels						
	Québec..... 643-8210 Montréal 873-3480 Ailleurs au Québec 1 800 463-4776 (Sans frais d'interurbain)						

1.5.1 Description du bilan des avantages sociaux

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

Le statut est **final** lorsque, pour la période de référence, la facturation est considérée complétée. Les crédits ont été calculés selon cette facturation et à moins de modification à celle-ci, ils ne devraient plus changer.

- 4 Si le médecin a cessé ses activités à salariat durant la période du bilan, la date de départ est la date de fin de son dernier contrat ou avis de service.
- 5 Description des codes de congés annuels par catégorie.

Remarque : Le congé de perfectionnement reporté ne s'applique pas.

- 6 Codes de congés.
- 7 Unité de mesure du congé, habituellement en jours, exceptionnellement en heures.
- 8 Information concernant les congés du médecin pour la période du bilan, par congé et selon l'unité de mesure spécifiée :

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

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

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

La valeur des autres congés provient du « solde à reporter » des congés de l'année du bilan.

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

1.6 ÉTAT DE LA FACTURATION - Avantages sociaux - annexe 21 de l'Accord-cadre

HDB2R01

HD54359L-HDB2U/HDB2

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

ÉTAT DE LA FACTURATION

ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-20AA

DATE

AA-06-12

PAGE

1

NUMÉRO:

0-00000-0

2

NOM:

UNTEL

PRÉNOM:

PIERRE

ADRESSE:

DOCTEUR PIERRE UNTEL

1125, RUE FICTIF

QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3

3

NUMÉRO

ÉTABLIS.

DATE

DÉBUT

DATE

FIN

HEURES/

SEMAINE

CODE DE

RÉGION

90552

901203

35,00

A

4

*** PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ***

Du AA-05-01 au AA-04-30 (1 an)

5

*** ANNÉES DE SERVICE ***

Années de service reconnues au AA-04-30:

6

*** TRAITEMENT HEBDOMADAIRE ***

7

Moyenne pour la période du AA-05-01 au AA-09-16:

.....

8

Type de la moyenne du traitement hebdomadaire:

Moyenne calculée des heures admissibles

9

RECHERCHE

DÉBUT

FIN

10

MAXIMUM DES HEURES ADMISSIBLES

BASE

GARDE

11

TOTAL DES HEURES CUMULÉES

BASE

GARDE

Semaines sélectionnées:

12.1

ÉTABLIS.

12.2

SEMAINE

BASE

HEURES

12.3

GARDE

SEMAINE

BASE

HEURES

SEMAINE

BASE

HEURES

SEMAINE

BASE

HEURES

1.6.1 Description de l'état de la facturation (*parties 1 à 12*)

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

Remarque : Ne pas tenir compte de la référence à la garde dans les parties où il en est fait mention.

1.6 ÉTAT DE LA FACTURATION - Avantages sociaux - annexe 21 de l'Accord-cadre - suite

HDB2R01 HD54359L-HDB2U/HDB2 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT DATE AA-06-12 PAGE 2
ÉTAT DE LA FACTURATION
ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 20AA-20AA

NUMÉRO: 0-00000-0
NOM: UNTEL
PRÉNOM: PIERRE

13 ***SOMMAIRE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE***

14 ACCUMULATION PAR ÉTABLISSEMENT ET DATE MAXIMUM POUR REMISE:

15 ***CONGÉ SANS RÉMUNÉRATION***
Pour la période de référence du AA-05-01 au AA-04-30: (1 an)

DESCRIPTION	CODE	DATE DÉBUT	DATE FIN	15.1 DURÉE DU CONGÉ	15.2 HEURES PROLONGATION
16 ***SOMMAIRE DES CRÉDITS DE CONGÉS ET DE CONSOMMATION*** POUR L'ANNÉE DE COMPTABILISATION: 2000-2001					
DESCRIPTION	CODE	UNITÉ DES CRÉDITS	CRÉDITS	CONSOMMATION	SOLDE
Vacances annuelles	02	Jour			
Vacances anticipées	32	Jour			
Congé férié annuel/ferié en période d'invalidité	40	Jour			
Perfectionnement	09	Jour			

HDB2R01 HD54359L-HDB2U/HDB2 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT DATE AA-06-12 PAGE 3
ÉTAT DE LA FACTURATION
ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 20AA-20AA

NUMÉRO: 0-00000-0
NOM: UNTEL
PRÉNOM: PIERRE

17 ***SOMMAIRE DE LA FACTURATION***
Période du AA-05-01 au AA-04-30 (1 an)

---SEMAINE---		NUMÉRO	TOTAL		---SUPPLÉMENTAIRES---		---DE GARDE---		*****CONGÉS*****					
DÉBUT	FIN	ÉTAB.	SEMAINE	RÉGUL.	PAYÉES	ACCUM.	REMISES	PLACE	DISPO.	JOURS	HRES.	JOURS	HRES.	
CODE	FACT.	REMU.	CODE	FACT.	REMU.	CODE	FACT.	REMU.	CODE	FACT.	REMU.	CODE	FACT.	REMU.
18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29														
TOTAUX: 30														
DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉS UTILISÉS														
CODES	DESCRIPTION													
01	Maternité													
02	Vacances annuelles													
09	Perfectionnement													
40	Congé férié annuel / férié en période d'invalidité													

1.6.1 Description de l'état de la facturation (Suite) (*Parties 13 à 30*)

13 Conciliation des soldes de temps supplémentaire de début et de fin de période.

Ne s'applique pas.

14 Détail du solde de temps supplémentaire à la fin de la période, par établissement et par date d'accumulation.

Ne s'applique pas.

15 Cette section paraît si le médecin a bénéficié de congés sans rémunération au cours de la période de référence. On y voit la description du congé, le code de congé et les dates de début et de fin du congé.

15.1 La durée du congé indique, lorsque cela s'applique, si le congé sans traitement est partiel ou total.

15.2 Les heures de prolongation indiquent, dans le cas d'un congé partiel sans traitement, le nombre d'heures de présence au travail.

16 Sommaire des crédits de congés et de leur consommation. On y montre les crédits de congés, en jours ou en heures, selon le cas, dont le médecin dispose en début de période de référence, la consommation cumulée à la date de la dernière période de facturation présente sous la rubrique sommaire de la facturation et le solde à ce même moment.

Remarque : Le congé de perfectionnement reporté ne s'applique pas.

17 Sommaire de la facturation. Cette section montre le détail de la facturation pour chaque semaine de la période de référence.

18 Les dates de début et de fin de la période de facturation (du dimanche au samedi).

19 Le numéro d'établissement.

20 Le numéro de la demande de paiement soumise par le médecin ou l'inscription « RRI » s'il s'agit d'un règlement effectué par la Régie.

21 Le total des heures d'activités travaillées au cours de la semaine plus les heures payées en congé ou en remise de temps.

22 Les heures travaillées excluant les heures supplémentaires payées.

23 Les heures supplémentaires payées.

24 Ne s'applique pas.

25 Ne s'applique pas.

26 Ne s'applique pas.

27 Les codes de congés facturés pour la période de facturation.

28 Le nombre de jours de congés.

29 La valeur en heures des jours de congés.

30 Totaux des heures et des congés pour la période de référence.

2.0 HONORAIRES FORFAITAIRES

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles au paiement selon le mode des honoraires forfaitaires la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215).

- # Pour imprimer des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Le formulaire peut être rempli et imprimé en cliquant sur le lien disponible. Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la machine à écrire ou en lettres détachées majuscules.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de la 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 juin 20AA s'écrit AA 06 15.

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération majorée s'appliquent aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode des honoraires forfaitaires. Se reporter au *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*, sous l'onglet *Liste des localités*.

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

2.1 DEMANDE DE PAIEMENT
HONORAIRES FORFAITAIRES (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

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
					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				

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES ⑦

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑨

FRAIS DE DÉPLACEMENT ⑪
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
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ⑫ DATE ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ⑬ DATE ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET
EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1215 292 15/04

2.1.1 Description du formulaire

La demande de paiement comporte treize parties :

- 1 Numéro de contrôle externe à quatre (4) chiffres
- 2 Professionnel
- 3 Établissement
- 4 Période
- 5 Quantième
- 6 Activités
- 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 (4) chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

#

4

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

PARTIE 1

Numéro de contrôle externe à quatre (4) chiffres

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 professionnel ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

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

PARTIE 3

Établissement

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

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

PARTIE 4

Période

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

#

1215 292 15/04

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 5 et 6) - suite

PARTIE 5

Quantième

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

PARTIE 6

Activités

Indication des heures effectuées

Cette partie qui comporte quinze 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 :

- Mode de rémunération

- VA qui correspond à la vacation
- PD qui correspond au *per diem*
- DJ qui correspond à la demi-journée
- TH qui correspond au tarif horaire

L'identification du mode de rémunération est requise sur la 1^{re} ligne de service. Ce mode est appliqué automatiquement sur les lignes de services subséquentes jusqu'au changement suivant.

- 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 0 h à 7 h
Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 h à 24 h

Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation d'activités et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. L'identification de la plage horaire est **essentielle**.

Exceptions :

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus 1,50 heures, 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 : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5 h 50

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

Exemple 2

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

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

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

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

- Code 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.

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, référer aux avis administratifs apparaissant aux documents officiels ou voir le sous-paragraphe 2.2.1 de la présente section.

- Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il est utilisé en tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

Lorsque des services cliniques sont dispensés, le médecin indique le code du secteur où il a exercé sa principale activité.

Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », référer au sous-paragraphe 2.2.2 de la présente section.

- Heures travaillées

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

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

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 7 à 13)

#

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation										Régie de l'assurance maladie Québec							
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL PRENOM		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S. A	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS 1						
ÉTABLISSEMENT NOM				NUMÉRO		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR							
QUAN- TIÈME	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 RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)															
		NUIT	AM	PM	SOIR												
						1							2				
						4							5				
						7							8				
						10							11				
						13							14				
						16							17				
						19							20				
						22							23				
						25							26				
						28							29				
						31							32				
						34							35				
						37							38				
						40							41				
						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					
		G5W 5M6		G5X 1N1		ANNÉE MOIS JOUR		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RÉCLAMÉ					
						A A 0 6 2 1		0 9 0 0		0 0 8 0		0 6 8 0					
HEURES DE DÉPLACEMENT		NOMBRE		0 1 0 0		À L'USAGE DE LA RÉGIE		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT		LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE		JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		DATE		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE		DATE		ANNÉE MOIS JOUR					
						A A 0 6 2 6		Pierre Untel				A A 0 6 2 6					
								Jacques Responsable									
								SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT									
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																	

1215 292 15/04

2.1.2 Rédaction de la demande de paiement (parties 7 à 13) - suite

PARTIE 7

Total des heures travaillées

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

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 030,00 heures.

PARTIE 8

Considération spéciale (C.S.)

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

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

LETTRE B : Refacturation après annulation ou refus de paiement

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

PARTIE 9

Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 8, la lettre « **A** » ou « **B** » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale (1944)* (voir le *Manuel des médecins spécialistes*) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone - **ne jamais agraffer**.

PARTIE 10

Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.).

Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone.

PARTIE 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 réclamé;
- nombre d'heures 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 situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité.

- Remarques :**
- 1) Il n'est pas nécessaire de fournir des pièces justificatives pour l'utilisation d'un véhicule personnel.
 - 2) Pour facturer des coûts de transport **autres que ceux reliés à l'utilisation de son véhicule personnel** ou lorsqu'une **description plus détaillée** des déplacements effectués **est requise**, veuillez remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988). Dans cette situation, **ne rien inscrire** aux sections **FRAIS DE DÉPLACEMENT** et **HEURES DE DÉPLACEMENT** de la demande de paiement (1215).
 - 3) Les médecins **spécialistes en médecine d'urgence** doivent inscrire les frais de déplacement sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) (voir le sous-paragraphe 2.3.6).
 - 4) 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 dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

PARTIE 12

Signature du professionnel ou du mandataire

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

PARTIE 13

Attestation de l'établissement

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

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'activité 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

2.1.3.3 PER DIEM : voir l'exemple B

2.1.3.4 PER DIEM ET TARIF HORAIRE : voir l'exemple C

2.1.3.5 PER DIEM ET DEMI-JOURNÉE : voir l'exemple D

2.1.3.6 DEMI-JOURNÉE ET TARIF HORAIRE : voir l'exemple E

2.1.3.2 Tarif horaire

Exemple de facturation A

#

DEMANDE DE PAIEMENT										Régie de l'assurance maladie Québec					
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation															
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.					
PRÉNOM										NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES					
ÉTABLISSEMENT				NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI					
NOM						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR					
QUANTIÉ	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	
1,8	TH	X	1	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	2	0,0,1,0,3,2	0,1	0,2,0,0	3				
1,8	TH	X	4	0,0,1,0,3,2	0,1	0,3,0,0	5				6				
1,9	TH	X	7	0,0,1,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8				9				
1,9	TH	X	10	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	11				12				
2,0	TH	X	13	0,0,1,0,3,0	0,1	0,5,0,0	14				15				
2,1	TH	X	16	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	17				18				
2,1	TH	X	19	0,0,1,0,3,0	0,1	0,4,0,0	20				21				
2,2	TH	X	22	0,0,1,0,3,0	0,1	0,5,0,0	23				24				
2,2	TH	X	25	0,0,1,0,3,0	0,1	0,3,0,0	26				27				
			28				29				30				
			31				32				33				
			34				35				36				
			37				38				39				
			40				41				42				
			43				44				45				
										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		0,3,5,0,0			
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				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT											
NOMBRE				LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.											
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE				DATE				DATE							
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.				ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR							
				SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT											
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.															

1215 292 15/04

2.1.3.3 Per diem

Exemple de facturation B

#

DEMANDE DE PAIEMENT										Régie de l'assurance maladie Québec																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation																																																																																																																																																																																																																																																																																															
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS																																																																																																																																																																																																																																																																																				
PRÉNOM																																																																																																																																																																																																																																																																																															
ÉTABLISSEMENT				NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI																																																																																																																																																																																																																																																																																					
NOM						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">QUAN- TIÈME</th> <th rowspan="2">MODE DE RÉMUÉ- RATION</th> <th colspan="3">PLAGE HORAIRE (cocher)</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> </tr> <tr> <th>NUIT</th> <th>AM</th> <th>PM</th> <th>SOIR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1,8</td><td>PD</td><td>X</td><td></td><td></td><td>1</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1,8</td><td>PD</td><td></td><td>X</td><td></td><td>4</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1,9</td><td>PD</td><td>X</td><td></td><td></td><td>7</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1,9</td><td>PD</td><td></td><td>X</td><td></td><td>10</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,0</td><td>PD</td><td>X</td><td></td><td></td><td>13</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,0</td><td>PD</td><td></td><td>X</td><td></td><td>16</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,1</td><td>PD</td><td>X</td><td></td><td></td><td>19</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,1</td><td>PD</td><td></td><td>X</td><td></td><td>22</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,2</td><td>PD</td><td>X</td><td></td><td></td><td>25</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,2</td><td>PD</td><td></td><td>X</td><td></td><td>28</td><td>0,0,2,0,3,0</td><td>0,1</td><td>0,3,5,0</td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUÉ- 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	1,8	PD	X			1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	2				3				1,8	PD		X		4	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	5				6				1,9	PD	X			7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	8				9				1,9	PD		X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	11				12				2,0	PD	X			13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	14				15				2,0	PD		X		16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	17				18				2,1	PD	X			19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	20				21				2,1	PD		X		22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	23				24				2,2	PD	X			25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	26				27				2,2	PD		X		28	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	29				30									31				32				33									34				35				36									37				38				39									40				41				42									43				44				45			
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUÉ- 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																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1,8	PD	X			1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	2				3																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1,8	PD		X		4	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	5				6																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1,9	PD	X			7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	8				9																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1,9	PD		X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	11				12																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,0	PD	X			13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	14				15																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,0	PD		X		16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	17				18																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,1	PD	X			19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	20				21																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,1	PD		X		22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	23				24																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,2	PD	X			25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	26				27																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,2	PD		X		28	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	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 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																																																																																																																																																																																																																																																																																															
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DATE																																																																																																																																																																																																																																																																																															
ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																															
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																																																															
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																																																																																																																																																																																																																																																																																															
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DATE																																																																																																																																																																																																																																																																																															
ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																															
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																																																																																																																																																																																																																																																																																															

1215 292 15/04

2.1.3.4 Per diem et tarif horaire

Exemple de facturation C

#

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

QUAN- TIÈME	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 REMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	NUIT	AM													PM
1,8	PD		X		1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	2				3				
1,8	PD		X		4	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	5				6				
1,9	TH			X	7	0,0,2,0,3,0	0,7	0,4,0,0	8				9				
2,0	PD		X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	11				12				
2,0	PD			X	13	0,0,2,0,3,2	0,1	0,3,5,0	14				15				
2,1	PD				X	16	0,0,2,0,3,0	0,3	0,3,5,0	17				18			
2,1	PD	X			19	0,0,2,0,3,0	0,3	0,3,5,0	20				21				
2,2	PD		X		22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	23				24				
2,2	PD			X	25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,5,0	26				27				
					28				29				30				
					31				32				33				
					34				35				36				
					37				38				39				
					40				41				42				
					43				44				45				

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		0,3,2,0,0	
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------	--	-----------	--

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 RÉCLAME	

HEURES DE DÉPLACEMENT		NOMBRE		Sceau de la Régie		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT					
						LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE						DATE					
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.						ANNÉE MOIS JOUR					
						SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT					
						DATE					
						ANNÉE MOIS JOUR					

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

2.1.3.5 Per diem et demi-journée

Exemple de facturation D

#

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		DEMANDE DE PAIEMENT		Régie de l'assurance maladie	
		Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Québec	
PROFESSIONNEL		NOM		N° DU PROFESSIONNEL	
PRÉNOM				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	
ACTIVITÉS		PLAGE HORAIRE (cocher)		RÉF.	
MODE DE RÉMUNÉ- RATION		NUIT AM PM SOIR		RÉF.	
QUAN- TIÈME				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	
				HEURES TRAVAILLÉES	
				RÉF.	
				CODE D'ACTIVITÉ	
				SECTEUR DISP.	

2.1.3.6 Demi-journée et tarif horaire

Exemple de facturation E

#

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation										Régie de l'assurance maladie Québec																																																																																																																																																																																																																																																																																					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.																																																																																																																																																																																																																																																																																					
ÉTABLISSEMENT		NOM		NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI																																																																																																																																																																																																																																																																																					
						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">QUAN- TIÈME</th> <th rowspan="2">MODE DE RÉMU- NÉ- RATION</th> <th colspan="3">PLAGE HORAIRE (cocher)</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> </tr> <tr> <th>NUIT</th> <th>AM</th> <th>PM</th> <th>SOIR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1,8</td><td>D J</td><td></td><td></td><td>X</td><td>1</td><td>0,0,5,0,3,7</td><td></td><td>0,3,5,0</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1,9</td><td>D J</td><td></td><td></td><td>X</td><td>4</td><td>0,0,5,0,3,7</td><td></td><td>0,3,5,0</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,0</td><td>D J</td><td></td><td>X</td><td></td><td>7</td><td>0,0,5,0,3,7</td><td></td><td>0,3,5,0</td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,1</td><td>D J</td><td></td><td>X</td><td></td><td>10</td><td>0,0,5,0,3,7</td><td></td><td>0,3,5,0</td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,1</td><td>TH</td><td></td><td>X</td><td></td><td>13</td><td>0,0,5,0,3,7</td><td></td><td>0,2,0,0</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2,2</td><td>D J</td><td></td><td></td><td>X</td><td>16</td><td>0,0,5,0,3,7</td><td></td><td>0,3,5,0</td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMU- NÉ- 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	1,8	D J			X	1	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	2				3				1,9	D J			X	4	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	5				6				2,0	D J		X		7	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	8				9				2,1	D J		X		10	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	11				12				2,1	TH		X		13	0,0,5,0,3,7		0,2,0,0	14				15				2,2	D J			X	16	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	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			
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMU- NÉ- 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																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1,8	D J			X	1	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	2				3																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1,9	D J			X	4	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	5				6																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,0	D J		X		7	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	8				9																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,1	D J		X		10	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	11				12																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,1	TH		X		13	0,0,5,0,3,7		0,2,0,0	14				15																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2,2	D J			X	16	0,0,5,0,3,7		0,3,5,0	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		0,1,9,5,0																																																																																																																																																																																																																																																																																			
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				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																																																											
NOMBRE				LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																																																																																																																																																																																																																																																																																											
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE				DATE				DATE																																																																																																																																																																																																																																																																																							
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.				ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																							
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																																																																																																																																																																																																																																																																																															

1215 292 15/04

2.2 DESCRIPTION DES CODES

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

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

2.2.1 Description des codes d'activité

PARTIE GÉNÉRALE

Services médicaux en centre hospitalier de soins psychiatriques (psychiatres seulement) - Annexe 13

- 001030** Services cliniques (prestation de soins)
- 001032** Rencontres multidisciplinaires
- 001052** Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie
- 001055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 001072** Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 001098** Services de santé durant le délai de carence

Services médicaux en établissement - Annexes 13 et 15

- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002052** Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie
- 002053** Services de laboratoire
- 002055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002060** Surtemps (réservé à la tarification horaire dans le cadre de l'annexe 15)
- 002072** Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie
- 002098** Services de santé durant le délai de carence

Santé publique - Annexe 14

- 005030** Services cliniques
- 005032** Rencontres multidisciplinaires
- 005037** Planification - programmation - évaluation
- 005038** Coordination
- 005047** Exécution
- 005061** Garde - intervention urgente de 0 h à 7 h
- 005062** Garde - intervention urgente pour les périodes autres que de 0 h à 7 h
- 005088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- 005091** Avis médicaux
- 005098** Services de santé durant le délai de carence

Soins de pneumo-phtisiologie - Annexe 15

- 003030** Services cliniques
- 003032** Rencontres multidisciplinaires
- 003055** Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 003060** Surtemps (réservé à la tarification horaire dans le cadre de l'annexe 15)

Santé publique - santé et sécurité du travail (CNESST - Prévention)

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

PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE**Programme de réadaptation et de soins à domicile de malades pulmonaires chroniques
- Lettre d'entente n° 21**

004030 Services cliniques
004037 Planification - programmation - évaluation
004038 Coordination

Services complémentaires de suivi des malades - Lettre d'entente n° 35

Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

021031 Étude du dossier
021032 Rencontres multidisciplinaires

Hôpital Charles-Lemoyne - Clinique multidisciplinaire de gestion de la douleur

021031 Étude du dossier
021032 Rencontres multidisciplinaires

Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Campus Notre-Dame - Clinique anti-douleur

021031 Étude du dossier
021032 Rencontres multidisciplinaires

Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval

021031 Étude du dossier
021032 Rencontres multidisciplinaires

Hôpital Sainte-Justine - Clinique de protection de l'enfance

021054 Étude du dossier d'un enfant
021055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Centre hospitalier de l'Université Laval - Clinique de protection de l'enfance

021054 Étude du dossier d'un enfant
021055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Hôpital Sainte-Justine - Clinique des adolescents

021054 Étude du dossier d'un enfant
021055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

021059 Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade atteint d'une pathologie pulmonaire

Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont

021059 Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Hôpital Fleurimont - CHUS

021059 Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (anciennement Hôpital Laval)

021059 Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc, Hôtel-Dieu - CHUM

021059 Évaluation en externe au vu du dossier médical d'un malade

Centre hospitalier de l'Université Laval - Centre anti-poison

021087 Couverture professionnelle pour problème d'empoisonnement aigu

Hôpital Sainte-Justine - Centre anti-poison

021087 Couverture professionnelle pour problème d'empoisonnement aigu

Tarification horaire dans les régions 17 et 18 - Lettre d'entente n° 40

002064 Services cliniques le week-end et les jours fériés dans les établissements des régions 17 et 18
022064 Services cliniques fournis les week-end et les jours fériés

Culture d'épiderme pour les grands brûlés - Lettre d'entente n° 41

023053 Services de laboratoire
023065 Mise en marche du procédé de culture cutanée
023066 Préparation des feuillets pour transplantation

Banque d'yeux nationale - Lettre d'entente n° 43

024030 Services cliniques

Missions sur les territoires de la Basse Côte Nord - Lettre d'entente n° 53

026030 Services cliniques

Évacuation aéromédicale (EVAQ) - Lettre d'entente n° 69

016089 Services cliniques - garde de jour
016090 Services cliniques - garde de nuit

Services de procréation assistée - Lettre d'entente n° 180

091156 Étude des permis
091157 Collaborer à l'analyse des services

Rémunération des médecins spécialistes pour les activités accomplies dans les centres de répartition des demandes de services (CRDS) - Lettre d'entente n° 221

Médecin coordonnateur :

XXX287 Favoriser l'accès aux consultations des spécialités concernées du CRDS
XXX288 Participer activement au comité de vigie du CRDS
XXX289 Soumettre les enjeux et recommandations au comité de vigie du CRDS
XXX290 Contribuer à la bonne progression de l'APSS et du CRDS
XXX291 Participer au suivi et à l'évaluation des résultats
XXX292 Collaborer au développement d'indicateurs de gestion du CRDS

Remarque : Selon les activités professionnelles, la nature de service XXX peut correspondre à :

- 271 : aux activités médico-administratives
- 272 : aux activités médico-administratives rémunérées à 50 % du tarif

Médecin répandant :

XXX293 Collaborer avec le coordonnateur local (omnipraticien) pour les situations de 1^{re} ligne et du CRDS
XXX294 Émettre un avis de non-pertinence de service au médecin référent et suivi au comité de vigie
XXX295 Identifier les problématiques fréquentes de consultation spécialisée et aviser le coordonnateur
XXX296 Diriger les propositions d'amélioration des demandes de service au coordonnateur

Remarque : Selon les activités professionnelles, la nature de service XXX peut correspondre à :

- 273 : aux activités médico-administratives
- 274 : aux activités médico-administratives rémunérées à 50 % du tarif

Services médicaux et de laboratoire - Annexe 15

Exclusif à la psychiatrie et à la santé communautaire

022030 Services cliniques
022032 Rencontres multidisciplinaires
022037 Planification - programmation - évaluation
022038 Coordination
022047 Exécution
022055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
022060 Heures supplémentaires (réservé à la tarification horaire dans le cadre de l'annexe 15)
022091 Avis médicaux

Remplacement pour congé - Annexe 26

- 025030 Services cliniques
- 025032 Rencontres multidisciplinaires
- 025053 Services de laboratoire
- 025055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers psychiatriques en réadaptation lourde - Annexe 30

- 002030 Services cliniques
- 002032 Rencontres multidisciplinaires
- 002037 Planification - programmation - évaluation
- 002047 Exécution d'un programme (physiatre seulement)
- 002055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002060 Surtemps

Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers de gériatrie - Annexe 31

- 029030 Services cliniques
- 029032 Rencontres multidisciplinaires
- 029037 Planification - programmation - évaluation
- 029055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)
- 029060 Surtemps

Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus - Annexe 32

- 009096 Prime de remplacement

Remplacement pour congé - Annexe 33

- 055030 Services cliniques
- 055032 Rencontres multidisciplinaires
- 055053 Services de laboratoire
- 055055 Communications (proches, tiers, personnel clinique, intervenants du réseau et de la Justice)

Protocole d'accord - Agence Santé et Services Sociaux

- 049067 Expertise professionnelle
- 049143 Gestion des dossiers reliés au service préhospitalier d'urgence
- 049144 Gestion des dossiers reliés à la médecine de sinistre

Protocole d'accord - table régionale de médecine spécialisée

- 083136 Président
- 083137 Membre
- 083138 Médecin mandaté

Protocole d'accord - table régionale de prévention des infections nosocomiales

- 092136 Président
- 092137 Membre
- 092138 Médecin mandaté

Protocole d'accord - organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux

- 093136 Président
- 093137 Membre
- 093138 Médecin mandaté

Protocole d'accord - Agence Santé et Services sociaux pour l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab)

- 254255 Réunions médico-administratives

Protocole d'accord - activités médico-administratives dans un établissement de santé

- XXX171 Réunions de département
- XXX172 Réunions de programmes clientèles
- XXX173 Réunions de services

Comités prévus à la loi ou aux règlements

- XXX174 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

XXX175	Comité d'examen des titres
XXX176	Comité de discipline
XXX177	Comité de gouvernement et d'éthique du C.A.
XXX178	Comité de gestion de risques
XXX170	Comité de gestion des soins palliatifs
XXX179	Comité de la vigilance et de la qualité du C.A.
XXX180	Comité de pharmacologie
XXX181	Comité de Résidents
XXX182	Comité de révision
XXX183	Comité de sélection (pour recommander DG)
XXX184	Comité de vérification du C.A.
XXX185	Comité des usagers
XXX186	Comité exécutif du CMDP

Autres comités mis en place dans un établissement de santé

- XXX187 Attribution des bourses
- XXX188 Comité à la gestion des lits
- XXX189 Comité coordination des maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, etc.)
- XXX190 Comité d'admission et séjour
- XXX191 Comité d'amélioration continue de la qualité
- XXX275 Comité d'évaluation de la performance du programme de cancérologie
- XXX192 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral digestif bas
- XXX193 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral digestif haut
- XXX194 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral glandes surrénales
- XXX195 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral greffe cellules souches
- XXX196 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral gynécologie
- XXX197 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral hémato
- XXX198 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral hépato-biliaire
- XXX199 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral musculo-squelettique
- XXX200 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral neuro
- XXX201 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral oculaire
- XXX202 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral peau
- XXX203 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral poumon
- XXX204 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral sein
- XXX205 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral système digestif
- XXX206 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral tête et cou
- XXX207 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral thyroïde
- XXX208 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral uro-génitaux
- XXX209 Comité de développement et suivi des ordonnances collectives
- XXX210 Comité de dossiers/Archives
- XXX211 Comité de gestion centrale des rendez-vous
- XXX212 Comité de gestion de la douleur chronique
- XXX213 Comité de gestion des soins intensifs (les admissions, les équipements, la durée de séjour, etc.)
- XXX214 Comité de gestion du bloc opératoire
- XXX215 Comité de gestion en endoscopie
- XXX216 Comité de l'approche adaptée (Chutes, délirium, etc.)
- XXX217 Comité de l'éthique clinique
- XXX218 Comité de la bibliothèque/Audiovisuel
- XXX219 Comité de la prévention et de la gestion des risques
- XXX220 Comité de médecine transfusionnelle
- XXX221 Comité de radioprotection
- XXX222 Comité de réanimation
- XXX223 Comité de révision continue du processus de gestion de l'urgence
- XXX224 Comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques
- XXX225 Comité de traumatologie
- XXX226 Comité des accidents/incidents
- XXX227 Comité des approches collaboratives
- XXX228 Comité des cliniques externes/médecine de jour
- XXX229 Comité des médecins impliqués dans le programme de cancérologie
- XXX230 Comité des plaintes
- XXX231 Comité des technologies de l'information
- XXX274 Comité des utilisateurs du registre de cancérologie
- XXX232 Comité du contrôle et de prévention des infections
- XXX233 Comité du don et de transplantation d'organes et de tissus
- XXX234 Comité du réseau de service intégré à la personne âgée
- XXX235 Comité morbidité/mortalité
- XXX236 Comité pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés
- XXX237 Comité pour le développement de protocole de soins et des procédures
- XXX238 Comité pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence
- XXX239 Comité pour les victimes de blessure médullaire
- XXX240 Comité pour les victimes de brûlures graves
- XXX241 Comité sur des projets cliniques immobiliers
- XXX242 Comité sur des projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation
- XXX243 Comité sur désastre et plan de contingence
- XXX244 Comité sur l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoires
- XXX245 Comité sur la qualité du triage à l'urgence
- XXX246 Comité sur personnes victimes d'un AVC
- XXX247 Comité sur l'introduction de nouvelles technologies ou la révision de pratiques
- XXX248 Autres

Remarque : Selon les activités professionnelles, XXX peut correspondre :

- 250 : aux activités médico-administratives
- 251 : aux activités médico-administratives rémunérées à 50 % du tarif

Protocole d'accord - activités d'enseignement

XXX249 Cours ou exposés aux étudiants, résidents, médecins, ou autres professionnels
XXX250 Enseignement aux étudiants sous forme d'apprentissage par raisonnement clinique
XXX251 Enseignement par simulation aux étudiants, résidents ou médecins
XXX252 Évaluation des étudiants ou résidents qui nécessite la présence active d'un médecin
XXX253 Réunion académique
XXX254 Club de lecture

Remarque : Selon les activités professionnelles, XXX peut correspondre :

- 252 : aux activités d'enseignement
- 253 : aux activités d'enseignement rémunérées à 50 %

Protocole d'accord - Don et transplantation d'organes et de tissus

XXX265 Planifier, organiser et coordonner les activités
XXX266 Établir des corridors de services
XXX267 Assumer la liaison avec les différents organismes
XXX268 Participer à la formation offerte par Transplant Québec
XXX269 Participer au comité des médecins coordonnateurs

Remarque : Selon les activités professionnelles, la nature de service XXX peut correspondre à :

- 257 : aux activités du coordonnateur en dons et transplantation
- 258 : aux activités du coordonnateur en dons et transplantation rémunérées à 50 % du tarif

2.2.2 Secteur de dispensation

S'applique dans tout établissement sauf en CLSC

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

2.3 ANNEXE 40 ET PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ ET ÉVAQ

2.3.1 Exemple de facturation - ANNEXE 40

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation										Régie de l'assurance maladie Québec	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.	
PRÉNOM										NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS	
ÉTABLISSEMENT				NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI	
NOM						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
QUAN- TIÈME	MODE DE REMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.
0,2	TH	X	1	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	2				3
0,2	TH	X	4	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	5				6
0,3	TH	X	7	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	8				9
0,3	TH	X	10	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	11				12
0,4	TH	X	13	0,7,7,1,1,3		0,4,0,0	14				15
0,4	TH	X	16	0,7,7,1,1,4		0,7,0,0	17				18
0,5	TH	X	19	0,7,7,1,1,5		0,4,0,0	20				21
0,5	TH	X	22	0,7,7,1,1,6		0,4,0,0	23				24
0,6	TH	X	25	0,7,7,1,1,7		1,0,0,0	26				27
0,7	TH	X	28	0,7,7,1,1,3		0,8,0,0	29				30
0,7	TH	X	31	0,7,7,1,1,3		0,2,0,0	32				33
0,8	TH	X	34	0,7,7,1,1,3		0,8,0,0	35				36
			37				38				39
			40				41				42
			43				44				45
										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	
										0,6,3,0,0	
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	
								ANNÉE MOIS JOUR		DISTANCE TOTALE	
										KM	
HEURES DE DÉPLACEMENT											
NOMBRE											
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE											
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.											
DATE											
ANNÉE MOIS JOUR											
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT											
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.											
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT											
DATE											
ANNÉE MOIS JOUR											
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.											

2.3.2 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ ET ÉVAQ - CAPQ

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie Québec																																																																																																																																																																																																																																																					
PROFESSIONNEL		NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS																																																																																																																																																																																																																																																				
PRÉNOM																																																																																																																																																																																																																																																											
ÉTABLISSEMENT				PÉRIODE																																																																																																																																																																																																																																																							
NOM				CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE																																																																																																																																																																																																																																																							
NUMÉRO				DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI																																																																																																																																																																																																																																																					
				ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">QUANTIÈME</th> <th rowspan="2">ACTIVITÉS</th> <th rowspan="2">PLAGE HORAIRE (cocher)</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> <th rowspan="2">RÉF.</th> <th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th> <th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th> <th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th> </tr> <tr> <th>NUIT</th> <th>AM</th> <th>PM</th> <th>SOIR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,0</td> <td>TH</td> <td>X</td> <td>1</td> <td>0,7,8,1,2,2</td> <td></td> <td>0,4,0,0</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,0</td> <td>TH</td> <td></td> <td>4</td> <td>0,7,8,1,2,2</td> <td></td> <td>0,4,0,0</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,1</td> <td>TH</td> <td>X</td> <td>7</td> <td>0,7,8,1,2,2</td> <td></td> <td>0,4,0,0</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,2</td> <td>TH</td> <td>X</td> <td>10</td> <td>0,7,8,1,2,4</td> <td></td> <td>1,2,0,0</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,2</td> <td>TH</td> <td></td> <td>13</td> <td>0,7,8,1,2,4</td> <td></td> <td>1,2,0,0</td> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,3</td> <td>TH</td> <td>X</td> <td>16</td> <td>0,7,8,1,2,9</td> <td></td> <td>0,6,0,0</td> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,3</td> <td>TH</td> <td></td> <td>19</td> <td>0,7,8,1,2,9</td> <td></td> <td>0,6,0,0</td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>21</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1,3</td> <td>TH</td> <td></td> <td>22</td> <td>0,7,8,1,2,9</td> <td></td> <td>0,6,0,0</td> <td>23</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>24</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>29</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>31</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>33</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>34</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>36</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>37</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>39</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>41</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>42</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>43</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>44</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>45</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								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	NUIT	AM	PM	SOIR	1,0	TH	X	1	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	2				3				1,0	TH		4	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	5				6				1,1	TH	X	7	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	8				9				1,2	TH	X	10	0,7,8,1,2,4		1,2,0,0	11				12				1,2	TH		13	0,7,8,1,2,4		1,2,0,0	14				15				1,3	TH	X	16	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	17				18				1,3	TH		19	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	20				21				1,3	TH		22	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	23				24							25				26				27							28				29				30							31				32				33							34				35				36							37				38				39							40				41				42							43				44				45			
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																																																																																																																																																																																																																														
								NUIT	AM	PM	SOIR																																																																																																																																																																																																																																																
1,0	TH	X	1	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	2				3																																																																																																																																																																																																																																																
1,0	TH		4	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	5				6																																																																																																																																																																																																																																																
1,1	TH	X	7	0,7,8,1,2,2		0,4,0,0	8				9																																																																																																																																																																																																																																																
1,2	TH	X	10	0,7,8,1,2,4		1,2,0,0	11				12																																																																																																																																																																																																																																																
1,2	TH		13	0,7,8,1,2,4		1,2,0,0	14				15																																																																																																																																																																																																																																																
1,3	TH	X	16	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	17				18																																																																																																																																																																																																																																																
1,3	TH		19	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	20				21																																																																																																																																																																																																																																																
1,3	TH		22	0,7,8,1,2,9		0,6,0,0	23				24																																																																																																																																																																																																																																																
			25				26				27																																																																																																																																																																																																																																																
			28				29				30																																																																																																																																																																																																																																																
			31				32				33																																																																																																																																																																																																																																																
			34				35				36																																																																																																																																																																																																																																																
			37				38				39																																																																																																																																																																																																																																																
			40				41				42																																																																																																																																																																																																																																																
			43				44				45																																																																																																																																																																																																																																																
TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES							0,5,4,0,0																																																																																																																																																																																																																																																				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																																																																																																																																																																																																																																																											
Réf 10 7 h Réf 13 19 h																																																																																																																																																																																																																																																											
Réf 16 7 h Réf 19 13 h Réf 22 19 h																																																																																																																																																																																																																																																											
FRAIS DE DÉPLACEMENT																																																																																																																																																																																																																																																											
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)		CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)		DATE D'ARRIVÉE		HEURE D'ARRIVÉE																																																																																																																																																																																																																																																					
				ANNÉE MOIS JOUR		DISTANCE TOTALE																																																																																																																																																																																																																																																					
						KM																																																																																																																																																																																																																																																					
HEURES DE DÉPLACEMENT																																																																																																																																																																																																																																																											
NOMBRE																																																																																																																																																																																																																																																											
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE																																																																																																																																																																																																																																																											
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																																																																																																																																																																																																																																																											
DATE ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																											
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																																																																																																																																																																																																																																																											
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																											
DATE ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																											
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																																																																																																																																																																																																																																																											

1215 292 15/04

2.3.3 Exemple de facturation - PROTOCOLE D'ACCORD CAPQ ET ÉVAQ - ÉVAQ

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation										Régie de l'assurance maladie Québec									
PROFESSIONNEL		NOM										N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES			
ÉTABLISSEMENT		NOM										NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI			
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR									
ACTIVITÉS		MODE DE RÉMUNÉRATION		PLAGE HORAIRE (cocher)		RÉF.		CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.		HEURES TRAVAILLÉES		RÉF.		CODE D'ACTIVITÉ		SECTEUR DISP.		HEURES TRAVAILLÉES	
QUAN-TIÈME		NUIT		AM		PM		BOIR													
1 7		TH		X				0 7 8 1 2 7				0 1 0 0		2							
1 8		TH				X		0 7 8 1 2 7				1 3 0 0		5							
1 9		TH		X				0 7 8 1 2 8				1 4 0 0		8							
2 0		TH				X		0 7 8 1 2 8				2 5 0 0		11							
														13							
														14							
														16							
														17							
														19							
														20							
														22							
														23							
														25							
														26							
														28							
														29							
														31							
														32							
														34							
														35							
														37							
														40							
														41							
														43							
														44							
														45							
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																		TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		0,5300	
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 RÉCLAME			
												ANNÉE		MOIS		JOUR		KM			
HEURES DE DÉPLACEMENT												ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT									
NOMBRE												LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE						DATE						SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT						DATE			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.						ANNÉE												ANNÉE			
						MOIS												MOIS			
						JOUR												JOUR			
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																					

2.3.4 Description des codes d'activité

Activités

Indication des heures effectuées

Cette partie qui comporte quinze 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 tarif horaire.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Mode de rémunération

- TH qui correspond au tarif horaire

L'identification du mode de rémunération est requise sur la 1^{re} ligne de service. Ce mode est appliqué automatiquement sur les lignes de services subséquentes jusqu'au changement suivant.

- Plage horaire

Pour les activités cliniques (**077113**) de l'annexe 40 et les activités du protocole d'accord en médecine d'urgence (**078XXX**) :

Nuit :	de 0 h à 8 h
Avant-midi :	de 8 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 16 h
Soir :	de 16 h à 24 h

Pour les activités cliniques en clinique externe ou auprès des patients admis (**077114**) de l'annexe 40 :

Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 19 h

Pour les activités médico-administratives (**077115**), d'enseignement (**077116**) et en santé communautaire (**080XXX**, **081XXX**) de l'annexe 40 :

Avant-midi :	de 7 h à 12 h
Après-midi :	de 12 h à 17 h

- Exceptions

Le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage horaire demandée. Aucun dépassement ne sera accepté pour les activités de l'annexe 40 (077XXX, 080XXX, 081XXX) et du protocole d'accord en médecine d'urgence (078XXX).

- Heures travaillées

Aucune fraction d'heure n'est acceptée pour les activités de l'annexe 40 (077XXX, 080XXX, 081XXX) et du protocole d'accord en médecine d'urgence (078XXX).

CODIFICATION SPÉCIFIQUE À LA MÉDECINE D'URGENCE**Annexe 40**

- 077113** Services cliniques à la salle d'urgence
- 077114** Services cliniques en clinique externe ou auprès de malades admis
- 077115** Activités médico-administratives
- 077116** Activités d'enseignement
- 077117** Ressourcement

Annexe 40 - Services rendus en santé communautaire

- 080030** Services cliniques
- 080032** Rencontres multidisciplinaires
- 080037** Planification - programmation - évaluation
- 080038** Coordination
- 080047** Exécution
- 080091** Avis médicaux

Annexe 40 - Services rendus en santé communautaire dans le cadre de programmes contractuels de santé et sécurité du travail

- 081030** Services cliniques
- 081032** Rencontres multidisciplinaires
- 081037** Planification - programmation - évaluation
- 081038** Coordination
- 081047** Exécution
- 081091** Avis médicaux

Protocole d'accord - Centre Antipoison du Québec et ÉVAQ

- 078122** CAPQ - Coordination
- 078123** CAPQ - Planification, programmation, organisation et évaluation de programmes en toxicologie
- 078124** CAPQ - Forfait de prise en charge non combiné avec d'autres activités
- 078125** ÉVAQ - Coordination
- 078126** ÉVAQ - Planification, programmation, organisation et évaluation de programmes
- 078127** ÉVAQ - Médecin escorte (période d'activité de 1 à 13 heures)
- 078128** ÉVAQ - Médecin escorte (période d'activité de 14 heures et plus)
- 078129** CAPQ - Forfait de prise en charge combiné avec d'autres activités

Protocole d'accord – Services préhospitaliers d'urgence**Services préhospitaliers d'urgence régionaux**

- 225150** Activités de témoignage
- 225159** Assurance-qualité
- 225161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- 225163** Participation aux comités nationaux
- 225164** Activités médico-administratives autorisées

Services préhospitaliers d'urgence des régions Montréal et Laval

- 205150** Activités de témoignage
- 205159** Assurance-qualité
- 205160** Constat de décès
- 205161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- 205163** Participation aux comités nationaux
- 205164** Activités médico-administratives autorisées
- 205278** Services cliniques et gestion de liste de garde
- 205279** Organisation technique et scientifique
- 205280** Définition de qualifications et compétences requises
- 205281** Effectifs médicaux et recrutement
- 205282** Tâches connexes au Comité médical

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

215150	Activités de témoignage
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

2.3.5 Frais de déplacement et de séjour

En médecine d'urgence, vous devez généralement réclamer les frais de déplacement et de séjour sur la *Demande de paiement - Médecin* (1200), où vous réclamez déjà un des services rendus à une personne assurée pendant votre séjour.

Dans le cas où les services rendus ne vous permettent pas d'identifier une personne assurée, comme en santé communautaire, utilisez néanmoins la *Demande de paiement - Médecin* (1200) pour réclamer vos frais de déplacement en inscrivant le NAM fictif suivant XXXX01010112.

Veuillez référer aux sections pertinentes de vos manuels de facturation pour plus de détails sur les instructions de facturation de déplacement.

2.4 EXPÉDITION

Transmettre à la Régie la copie portant les deux signatures, remettre une copie à l'établissement et conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Placer dans les enveloppes spécialement fournies à cet effet, les copies destinées à la Régie et les envoyer après chaque période à laquelle s'applique la demande de paiement.

- Ne pas surcharger les enveloppes;
- Affranchir suffisamment;
- Inscrivez vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Faire parvenir les demandes de paiement dans une enveloppe 22,9 cm X 30,5 cm (9 po X 12 po) à l'adresse suivante :

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

3.0 FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE

Abrogé.

4.0 FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR (Annexe 23)

Voir sous l'onglet « Frais de déplacement et de séjour » dans le manuel des médecins spécialistes

4.1 (Annexe 23)**4.2 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres)****Région 01**

Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup : Centre régional du Grand-Portage
Centre hospitalier régional de Rimouski
Hôpital de Mont-Joli

Région 02

Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
Complexe hospitalier de la Sagamie : Pavillon Roland Saucier
Hôtel-Dieu de Roberval

Région 03

Centre hospitalier de Charlevoix

Région 04

Carrefour de santé et Services sociaux de la Saint-Maurice : Centre hospitalier Saint-Joseph de la Tuque
CH du Centre-de-la-Mauricie
Hôpital St-Julien

Région 07

Centre hospitalier de Maniwaki
Le CLSC, le CHSLD et le Centre hospitalier du Pontiac : Centre hospitalier du Pontiac et Point de service CLSC
CLSC et CHSLD de la Petite-Nation : CLSC de la Petite-Nation

Région 08

Centre de santé Ste-Famille
Centre hospitalier de Val-d'Or
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
Centre hospitalier Malartic
Centre hospitalier Rouyn-Noranda
Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales : Centre hospitalier La Sarre et Centre hospitalier St-Jean

Région 09

Centre hospitalier Régional Baie-Comeau
Centre hospitalier Régional de Sept-Iles

Région 11

Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
Centre hospitalier de Chandler
Centre hospitalier de l'Archipel
Centre hospitalier de Gaspé : Centre hospitalier Mgr Ross
Hôpital des Monts

Région 12

Centre hospitalier Beauce-Etchemin
Centre hospitalier de la Région de l'Amiante
Hôtel-Dieu de Montmagny
Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins : Sanatorium Bégin

Région 14

Centre hospitalier régional DeLanaudière

Région 15

Centre hospitalier Laurentien
CH et Centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de l'Annonciation

4.3 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

TARIF HORAIRE, HONORAIRES FORFAITAIRES ET VACATION

4.3.1 EN TERRITOIRE NON DÉSIGNÉ

Dispositions générales

Pour les services rendus comme consultant dans un centre hospitalier ou un CLSC situé dans un territoire isolé ou dans le territoire 5, selon l'Annexe 19 :

- Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'au centre hospitalier ou au CLSC visé.
- Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport.
- Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander le remboursement de frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour **la première tournée de consultation** qu'il effectue au cours d'une semaine, du dimanche au samedi.

AVIS : Remplir la section Frais de déplacement prévue dans la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) uniquement s'il y a utilisation du véhicule personnel.

Note : Les reçus d'essence ne sont pas requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

Si cette section ne permet pas de donner une description satisfaisante des déplacements effectués, utiliser le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988). Dans ce cas, attacher la demande dûment remplie à la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).

Note : Cette directive ne s'applique pas aux médecins spécialistes en médecine d'urgence qui doivent le remboursement des frais de déplacement en utilisant la Demande de paiement - Médecin (1200).

4.3.2 EN TERRITOIRE DÉSIGNÉ

1. Dispositions particulières

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

2. Déplacement (frais de transport)

Dispositions générales

Pour les services rendus comme consultant dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné** ou un CLSC situé dans un territoire isolé ou dans le territoire 5, selon l'Annexe 19 :

- En cas d'usage du véhicule personnel, facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,86 \$ par kilomètre du point de départ situé au Québec jusqu'au centre hospitalier ou au CLSC visé.
- Pour les autres moyens de transport, le professionnel qui se rend donner des soins est remboursé pour ses frais **réels** de déplacement.

AVIS : Suivre la procédure décrite précédemment.

Utiliser le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988), joindre les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et l'attacher à la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).

3. Temps de déplacement

Dispositions générales

- Dans un territoire désigné ou pour un médecin spécialiste visé à l'article 1.3 de l'annexe 23 ainsi qu'à la *Lettre d'entente n° 157*, une indemnité de 109 \$ s'ajoute pour le temps de déplacement.
- # - Il est accordé une indemnité de 109 \$ l'heure pour un temps d'attente maximum de 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement), à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné** ou un CLSC situé dans un territoire isolé ou dans le territoire 5, selon l'Annexe 19, ainsi qu'au médecin spécialiste visé à la *Lettre d'entente n° 157*.

AVIS : Utiliser le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement (1988)* et mentionner à quel titre est faite la demande.

IMPORTANT : Le temps de déplacement relié à l'utilisation d'un moyen de transport doit toujours être facturé en même temps et sur la même demande de remboursement que les coûts de transport reliés à l'utilisation de ce même moyen de transport.

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

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

Régie de
l'assurance maladie

Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement.

Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement 1200 ou le 1606 pour le mode SLE.

Professionnel

PRÉNOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

Déplacement

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE
CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT

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 X	TAUX X	
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.				MONTANT TOTAL DES FRAIS	

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.

4.4.1 Description du formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (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 la catégorie de professionnel et le 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.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

- 4 **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** : sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.
- 5 **TEMPS DE DÉPLACEMENT** : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique selon l'Accord-cadre; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Accord-cadre et le montant **calculé à 100 %**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.
- 6 **MOYEN DE TRANSPORT** : inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, 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 montants demandés.
- 8 **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement
- 9 **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire. **La date** est également très importante.

Remarque : 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.

PIÈCES JUSTIFICATIVES : les exigences relatives aux pièces justificatives telles que preuve de location de voiture et reçu d'essence afférent, reçu de taxi, etc. diffèrent selon le montant total des frais de déplacement à réclamer :

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

- # **Obligation** de transmettre l'**original** (pas de photocopie)¹ 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'original** (pas de photocopie)¹ 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** copie des pièces justificatives.

Ces documents doivent être transmis **avec la demande de paiement correspondante**, à l'adresse suivante :

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

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

5.0 PAIEMENT

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

Les renseignements transmis sous le présent onglet s'appliquent aux médecins spécialistes rémunérés **à salaire, à la vacation** et selon **le mode des honoraires forfaitaires.**

5.1 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 médecin spécialiste traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.
- # Le virement bancaire (*dépôt direct*) 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 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

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

5.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc corriger et refacturer les demandes de paiement comportant des erreurs de facturation le plus tôt possible, souvent avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

5.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les renseignements concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le *Manuel de facturation informatisée*.

5.4 ÉTAT DE COMPTE - SALARIAT

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec						ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3								
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-08-07 (T)	20AA-08-04 (P)	OR-33	001 DE 002
UNTEL	PIERRE	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-08-18			
1	2	3	4	5	6	7	8	
UNTEL PIERRE 1125 RUE FICTIF 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 306 09/94						VOIR AU VERSO		

Remarque : Cet exemple illustre un état de compte. Il est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se référer aux autres manuels ou brochures de la Régie.

5.4.1 Description

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

5.4.1.1 Renseignements généraux

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

- 1 NOM : Les nom et prénom du médecin spécialiste
- 2 NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Le numéro du médecin (sept chiffres)
- 3 NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Le numéro de l'établissement
- 4 NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT BANCAIRE (*DÉPÔT DIRECT*) : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) correspondant 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 PAGE : 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 médecin spécialiste 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.

5.4.1.2 Sommaire

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

Messages généraux

Paielements et retenues

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

Description des gains : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, congé rémunéré, etc.)

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

ÉTAT DE COMPTE - SALARIAT - suite

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE				Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		NUMÉRO DU PAIEMENT		PAGE	
NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DU CHEQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-08-07 (T) 20AA-08-04 (P)	
UNTEL PIERRE		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-08-18		002 DE 002	
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS PAYÉ	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
DÉTAIL DU PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT											
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											
OR344 4702 306 09/94											
VOIR AU VERSO											

5.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a** N° DE LA DEMANDE : Numéros de demandes de paiement par ordre croissant. Lorsque la Régie effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- 2a** DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour
Ex : AA 06 12, c'est à dire AA pour l'année 20AA, 06 pour le mois de juin et 12 pour le quantième
- 3a** CODE TRA : Numéro référant au code de la transaction TRA (voir 5.8).
- 4a** NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a** TEMPS PAYÉ : Nombre d'heures (H) ou de journées (J) payées ou rectifiées.
- 6a** MONTANT : Montant du paiement ou de la révision (voir 5.6). Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a** RÉF. DEM. : Numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement. Pour une demande de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- 8a** MESSAGES : Numéros des messages explicatifs appropriés dont les textes figurent sur cet état de compte.
- 9a** RÉVISION ANTÉRIEURE : Nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a** RÉVISION NOUVELLE : Nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

5.5 ÉTAT DE COMPTE - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
UNTEL JACQUES	0-00000-0		00000000 V	20AA-08-25	20AA-08-04 (P) 20AA-08-14 (T)	OR-34	001 DE 002
1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL JACQUES 1131 RUE FICTIF 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 306 09/94							
VOIR AU VERSO							

Remarque : Cet exemple illustre un état de compte. Il est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se référer aux autres manuels ou brochures de la Régie.

5.5.1 Description

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

5.5.1.1 Renseignements généraux

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

- 1 NOM : Les nom et prénom du médecin spécialiste
- 2 NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro du médecin (sept chiffres)
- 3 NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro de l'établissement
- 4 NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT BANCAIRE (*DÉPÔT DIRECT*) : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) correspondant 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 PAGE : 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 médecin spécialiste 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.

5.5.1.2 Sommaire

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

Messages généraux

Paielements et retenues

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

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

ÉTAT DE COMPTE - VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES - suite

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE				Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3			
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE									
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU			NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
UNTEL JACQUES	0-00000-0		00000000 V	20AA-08-25	20AA-08-04 (P) 20AA-08-14 (T)			OR-34	002 DE 002
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS PAYÉ	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES	REVISION	
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	1	2
								ANTÉRIEURE	NOUVELLE
								9a	10a
DÉTAIL DU PAIEMENT VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES									
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									
OR344 4702 306 09/94									
VOIR AU VERSO									

5.5.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants:

- 1a** NO DE LA DEMANDE. Numéros des demandes de paiement ou des demandes de remboursement des frais de déplacement par ordre croissant.
- 2a** DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de paiement ou la demande de remboursement des frais de déplacement, a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour;
ex : AA0530, i.e. AA pour l'année 20AA, 05 pour le mois de mai et 30 pour le quantième.
- 3a** CODE TRA. Numéro référant au code de la transaction (TRA) (voir 5.8).
- 4a** NATURE DU MONTANT. Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a** TEMPS PAYÉ. Nombre d'heures (H) ou de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a** MONTANT. Montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a** RÉF. DEM. Numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a** MESSAGES. Numéros des messages explicatifs appropriés dont les textes figurent sur cet état de compte.
- 9a** RÉVISION ANTÉRIEURE. Nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a** RÉVISION NOUVELLE. Nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

5.5.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin spécialiste est soumis (voir 5.0). Le médecin spécialiste doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

5.6 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

Remarque : Dans le texte suivant, les termes « montant payé » et « montant demandé » correspondent à « nombre d'heures payées » et « nombre d'heures demandées » pour les médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat.

5.6.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin spécialiste. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

5.6.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

5.6.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne **Acte** ou **Rx** suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 5.8) et du code de message explicatif approprié (voir sous l'onglet **Messages explicatifs**).

Le médecin spécialiste qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision**.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

- # Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision n° 1549* et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

5.6.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (voir 5.8) et du code de message explicatif approprié (voir sous l'onglet **Messages explicatifs**). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne **Acte** ou **Rx**.

Dans ce cas:

- a) **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Pour la refacturation à l'acte, inscrire la **lettre « B »** dans la case **C.S.** de la nouvelle demande de paiement et, dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

- b) **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin spécialiste désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

5.6.5 Modification d'une demande déjà payée

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

5.7 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

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

5.8 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

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

Aucun code

Demande de paiement ou acte payé au montant demandé

5.8.1 Codes de transactions

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

5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2017) Honoraires fixes - Salarial

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2017

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)	2	3	4	5	▼	7
1	2	3	4	5	6	7
(2)	9	●	11	12	13	14
8	9	10	11	12	13	14
(3)	16	17	18	19	▼	21
15	16	17	18	19	20	21
(4)	23	●	25	26	27	28
22	23	24	25	26	27	28
(5)	30	31				
29	30	31				

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)			32	33	▼	35
			1	2	3	4
(6)	37	●	39	40	41	42
5	6	7	8	9	10	11
(7)	44	45	46	47	▼	49
12	13	14	15	16	17	18
(8)	51	●	53	54	55	56
19	20	21	22	23	24	25
(9)	58	59				
26	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)			60	61	▼	63
			1	2	3	4
(10)	65	●	67	68	69	70
5	6	7	8	9	10	11
(11)	72	73	74	75	▼	77
12	13	14	15	16	17	18
(12)	79	●	81	82	83	84
19	20	21	22	23	24	25
(13)	86	87	88	89	▼	
26	27	28	29	30	31	

AVRIL *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						1
(14)	93	●	95	96	97	98
2	3	4	5	6	7	8
(15)	100	101	102	103	▼	105
9	10	11	12	13	14	15
(16)	107	●	109	110	111	112
16	17	18	19	20	21	22
(17)	114	115	116	117	▼	119
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	121	●	123	124	125	126
1	2	3	4	5	6	
(19)	128	129	130	131	▼	133
7	8	9	10	11	12	13
(20)	135	●	137	138	139	140
14	15	16	17	18	19	20
(21)	142	143	144	145	▼	147
21	22	23	24	25	26	27
(22)	149	●	151			
28	29	30	31			

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				152	153	154
				1	2	3
(23)	156	157	158	159	▼	161
4	5	6	7	8	9	10
(24)	163	●	165	166	167	168
11	12	13	14	15	16	17
(25)	170	171	172	173	▼	175
18	19	20	21	22	23	24
(26)	177	●	179	180	181	
25	26	27	28	29	30	

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						1
(27)	184	185	186	187	▼	189
2	3	4	5	6	7	8
(28)	191	●	193	194	195	196
9	10	11	12	13	14	15
(29)	198	199	200	201	▼	203
16	17	18	19	20	21	22
(30)	205	●	207	208	209	210
23	24					
30	31	25	26	27	28	29

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		213	214	215	▼	217
		1	2	3	4	5
(32)	219	●	221	222	223	224
6	7	8	9	10	11	12
(33)	226	227	228	229	▼	231
13	14	15	16	17	18	19
(34)	233	●	235	236	237	238
20	21	22	23	24	25	26
(35)	240	241	242	243		
27	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)					▼	245
				1	2	
(36)	247	●	249	250	251	252
3	4	5	6	7	8	9
(37)	254	255	256	257	▼	259
10	11	12	13	14	15	16
(38)	261	●	263	264	265	266
17	18	19	20	21	22	23
(39)	268	269	270	271	▼	273
24	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	●	277	278	279	280
1	2	3	4	5	6	7
(41)	282	283	284	285	▼	287
8	9	10	11	12	13	14
(42)	289	●	291	292	293	294
15	16	17	18	19	20	21
(43)	296	297	298	299	▼	301
22	23	24	25	26	27	28
(44)	303	●				
29	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)			305	306	307	308
			1	2	3	4
(45)	310	311	312	313	▼	315
5	6	7	8	9	10	11
(46)	317	●	319	320	321	322
12	13	14	15	16	17	18
(47)	324	325	326	327	▼	329
19	20	21	22	23	24	25
(48)	331	●	333	334		
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)					335	336
					1	2
(49)	338	339	340	341	▼	343
3	4	5	6	7	8	9
(50)	345	●	347	348	349	350
10	11	12	13	14	15	16
(51)	352	353	354	355	▼	357
17	18	19	20	21	22	23
(52)	359	●	361	362	363	364
24	25	26	27	28	29	30
31						

7096 202 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) Honoraires fixes - Salariat

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2018

JANVIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)	1	2	3	4	5	6
(2)	7	8	9	10	11	12
(3)	13	14	15	16	17	18
(4)	19	20	21	22	23	24
(5)	25	26	27	28	29	30
(6)	31					

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)				1	2	3
(6)	4	5	6	7	8	9
(7)	10	11	12	13	14	15
(8)	16	17	18	19	20	21
(9)	22	23	24	25	26	27
(10)	28	29	30			

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				1	2	3
(10)	4	5	6	7	8	9
(11)	10	11	12	13	14	15
(12)	16	17	18	19	20	21
(13)	22	23	24	25	26	27
(14)	28	29	30	31		

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	1	2	3	4	5	6
(15)	7	8	9	10	11	12
(16)	13	14	15	16	17	18
(17)	19	20	21	22	23	24
(18)	25	26	27	28	29	30

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)		1	2	3	4	5
(19)	6	7	8	9	10	11
(20)	12	13	14	15	16	17
(21)	18	19	20	21	22	23
(22)	24	25	26	27	28	29
(23)	30	31				

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)					1	2
(23)	3	4	5	6	7	8
(24)	9	10	11	12	13	14
(25)	15	16	17	18	19	20
(26)	21	22	23	24	25	26
(27)	27	28	29	30		

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)	1	2	3	4	5	6
(28)	7	8	9	10	11	12
(29)	13	14	15	16	17	18
(30)	19	20	21	22	23	24
(31)	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)				1	2	3
(32)	4	5	6	7	8	9
(33)	10	11	12	13	14	15
(34)	16	17	18	19	20	21
(35)	22	23	24	25	26	27
(36)	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						1
(36)	2	3	4	5	6	7
(37)	8	9	10	11	12	13
(38)	14	15	16	17	18	19
(39)	20	21	22	23	24	25
(40)	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	1	2	3	4	5	6
(41)	7	8	9	10	11	12
(42)	13	14	15	16	17	18
(43)	19	20	21	22	23	24
(44)	25	26	27	28	29	30
(45)	31					

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				1	2	3
(45)	4	5	6	7	8	9
(46)	10	11	12	13	14	15
(47)	16	17	18	19	20	21
(48)	22	23	24	25	26	27
(49)	28	29	30			

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						1
(49)	2	3	4	5	6	7
(50)	8	9	10	11	12	13
(51)	14	15	16	17	18	19
(52)	20	21	22	23	24	25
(53)	26	27	28	29	30	31

7096 292 17/07

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.9 A) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) Honoraires fixes - Salarial

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2019

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)					1	2
(6)	3	4	5	6	7	8
(7)	10	11	12	13	14	15
(8)	17	18	19	20	21	22
(9)	24	25	26	27	28	

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)					1	2
(10)	3	4	5	6	7	8
(11)	10	11	12	13	14	15
(12)	17	18	19	20	21	22
(13)	24	25	26	27	28	29

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	1	2	3	4	5	6
(15)	7	8	9	10	11	12
(16)	14	15	16	17	18	19
(17)	21	22	23	24	25	26
(18)	28	29	30			

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)			1	2	3	4
(19)	5	6	7	8	9	10
(20)	12	13	14	15	16	17
(21)	19	20	21	22	23	24
(22)	26	27	28	29	30	31

JUIN *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)						1
(23)	2	3	4	5	6	7
(24)	9	10	11	12	13	14
(25)	16	17	18	19	20	21
(26)	23	24	25	26	27	28

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)	1	2	3	4	5	6
(28)	7	8	9	10	11	12
(29)	14	15	16	17	18	19
(30)	21	22	23	24	25	26
(31)	28	29	30	31		

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)				1	2	3
(32)	4	5	6	7	8	9
(33)	11	12	13	14	15	16
(34)	18	19	20	21	22	23
(35)	25	26	27	28	29	30

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)	1	2	3	4	5	6
(37)	8	9	10	11	12	13
(38)	15	16	17	18	19	20
(39)	22	23	24	25	26	27
(40)	29	30				

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)		1	2	3	4	5
(41)	6	7	8	9	10	11
(42)	13	14	15	16	17	18
(43)	20	21	22	23	24	25
(44)	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)					1	2
(45)	3	4	5	6	7	8
(46)	10	11	12	13	14	15
(47)	17	18	19	20	21	22
(48)	24	25	26	27	28	29

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)	1	2	3	4	5	6
(50)	8	9	10	11	12	13
(51)	15	16	17	18	19	20
(52)	22	23	24	25	26	27
(1)	29	30	31			

7096 292 1707

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2017) S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

2017

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)	2	●	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
(2)	9	10	11	12	▼	14
8	9	10	11	12	13	14
(3)	16	●	18	19	20	21
15	16	17	18	19	20	21
(4)	23	24	25	26	▼	28
22	23	24	25	26	27	28
(5)	30	●				
29	30	31				

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)			1	2	3	4
(6)	37	38	39	40	▼	42
5	6	7	8	9	10	11
(7)	44	●	46	47	48	49
12	13	14	15	16	17	18
(8)	51	52	53	54	▼	56
19	20	21	22	23	24	25
(9)	58	●				
26	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)			60	61	62	63
(10)	65	66	67	68	▼	70
5	6	7	8	9	10	11
(11)	72	●	74	75	76	77
12	13	14	15	16	17	18
(12)	79	80	81	82	▼	84
19	20	21	22	23	24	25
(13)	86	●	88	89	90	
26	27	28	29	30	31	

AVRIL *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						91
						1
(14)	93	94	95	96	▼	98
2	3	4	5	6	7	8
(15)	100	●	102	103	104	105
9	10	11	12	13	14	15
(16)	107	108	109	110	▼	112
16	17	18	19	20	21	22
(17)	114	●	116	117	118	119
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	121	122	123	124	▼	126
	1	2	3	4	5	6
(19)	128	●	130	131	132	133
7	8	9	10	11	12	13
(20)	135	136	137	138	▼	140
14	15	16	17	18	19	20
(21)	142	●	144	145	146	147
21	22	23	24	25	26	27
(22)	149	150	151			
28	29	30	31			

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				152	▼	154
				1	2	3
(23)	156	●	158	159	160	161
4	5	6	7	8	9	10
(24)	163	164	165	166	▼	168
11	12	13	14	15	16	17
(25)	170	●	172	173	174	175
18	19	20	21	22	23	24
(26)	177	178	179	180	▼	
25	26	27	28	29	30	

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						182
						1
(27)	184	●	186	187	188	189
2	3	4	5	6	7	8
(28)	191	192	193	194	▼	196
9	10	11	12	13	14	15
(29)	198	●	200	201	202	203
16	17	18	19	20	21	22
(30)	205	206	207	208	▼	210
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		●	214	215	216	217
		1	2	3	4	5
(32)	219	220	221	222	▼	224
6	7	8	9	10	11	12
(33)	226	●	228	229	230	231
13	14	15	16	17	18	19
(34)	233	234	235	236	▼	238
20	21	22	23	24	25	26
(35)	240	●	242	243		
27	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)					244	245
					1	2
(36)	247	248	249	250	▼	252
3	4	5	6	7	8	9
(37)	254	●	256	257	258	259
10	11	12	13	14	15	16
(38)	261	262	263	264	▼	266
17	18	19	20	21	22	23
(39)	268	●	270	271	272	273
24	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	276	277	278	▼	280
1	2	3	4	5	6	7
(41)	282	●	284	285	286	287
8	9	10	11	12	13	14
(42)	289	290	291	292	▼	294
15	16	17	18	19	20	21
(43)	296	●	298	299	300	301
22	23	24	25	26	27	28
(44)	303	304				
29	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				305	306	308
			1	2	3	4
(45)	310	●	312	313	314	315
5	6	7	8	9	10	11
(46)	317	318	319	320	▼	322
12	13	14	15	16	17	18
(47)	324	●	326	327	328	329
19	20	21	22	23	24	25
(48)	331	332	333	334		
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)					1	2
(49)	338	●	340	341	342	343
3	4	5	6	7	8	9
(50)	345	346	347	348	▼	350
10	11	12	13	14	15	16
(51)	352	●	354	355	356	357
17	18	19	20	21	22	23
(52)	359	360	361	362	▼	364
24	25	26	27	28	29	30
31						

7095 292 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2018) S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte

Régie de
l'assurance maladie

Québec

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

2018

JANVIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)	1	2	3	4	5	6
(2)	7	8	9	10	11	12
(3)	13	14	15	16	17	18
(4)	19	20	21	22	23	24
(5)	25	26	27	28	29	30
	31					

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)				32	33	34
(6)				1	2	3
(7)	4	5	6	7	8	9
(8)	10	11	12	13	14	15
(9)	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27
	28	29	30			

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				60	61	62
(10)				1	2	3
(11)	4	5	6	7	8	9
(12)	10	11	12	13	14	15
(13)	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31		

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	1	2	3	4	5	6
(15)	7	8	9	10	11	12
(16)	13	14	15	16	17	18
(17)	19	20	21	22	23	24
(18)	25	26	27	28	29	30

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)		1	2	3	4	5
(19)	6	7	8	9	10	11
(20)	12	13	14	15	16	17
(21)	18	19	20	21	22	23
(22)	24	25	26	27	28	29
	30	31				

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)					1	2
(23)	3	4	5	6	7	8
(24)	9	10	11	12	13	14
(25)	15	16	17	18	19	20
(26)	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30		

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)	1	2	3	4	5	6
(28)	7	8	9	10	11	12
(29)	13	14	15	16	17	18
(30)	19	20	21	22	23	24
(31)	25	26	27	28	29	30
	31					

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)			213	214	215	216
(32)			1	2	3	4
(33)	5	6	7	8	9	10
(34)	11	12	13	14	15	16
(35)	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28
	29	30	31			

SEPTEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						244
(36)						1
(37)	2	3	4	5	6	7
(38)	8	9	10	11	12	13
(39)	14	15	16	17	18	19
(40)	20	21	22	23	24	25
(41)	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)		1	2	3	4	5
(41)	6	7	8	9	10	11
(42)	12	13	14	15	16	17
(43)	18	19	20	21	22	23
(44)	24	25	26	27	28	29
	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				305	307	
(45)				1	2	3
(46)	4	5	6	7	8	9
(47)	10	11	12	13	14	15
(48)	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27
	28	29	30			

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						335
(49)						1
(50)	2	3	4	5	6	7
(51)	8	9	10	11	12	13
(52)	14	15	16	17	18	19
(53)	20	21	22	23	24	25
(54)	26	27	28	29	30	31

7095 292 1707

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.9 B) CALENDRIER DE PAIEMENT (2019) S. L. E. - Vacation - Honoraires forfaitaires - Acte

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

2019

JANVIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)		1	2	3	4	5
(2)	7	8	9	10	11	12
(3)	14	15	16	17	18	19
(4)	21	22	23	24	25	26
(5)	28	29	30	31		

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)				1	2	
(7)	3	4	5	6	7	8
(8)	10	11	12	13	14	15
(9)	17	18	19	20	21	22
(10)	24	25	26	27	28	

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)					1	2
(10)	3	4	5	6	7	8
(11)	10	11	12	13	14	15
(12)	17	18	19	20	21	22
(13)	24	25	26	27	28	29

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)	1	2	3	4	5	6
(15)	7	8	9	10	11	12
(16)	14	15	16	17	18	19
(17)	21	22	23	24	25	26
(18)	28	29	30			

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)			1	2	3	4
(19)	5	6	7	8	9	10
(20)	12	13	14	15	16	17
(21)	19	20	21	22	23	24
(22)	26	27	28	29	30	31

JUIN *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)						1
(23)	2	3	4	5	6	7
(24)	9	10	11	12	13	14
(25)	16	17	18	19	20	21
(26)	23	24	25	26	27	28

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)	1	2	3	4	5	6
(28)	7	8	9	10	11	12
(29)	14	15	16	17	18	19
(30)	21	22	23	24	25	26
(31)	28	29	30	31		

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)				1	2	3
(32)	4	5	6	7	8	9
(33)	11	12	13	14	15	16
(34)	18	19	20	21	22	23
(35)	25	26	27	28	29	30

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)	1	2	3	4	5	6
(37)	8	9	10	11	12	13
(38)	15	16	17	18	19	20
(39)	22	23	24	25	26	27
(40)	29	30				

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)		1	2	3	4	5
(41)	6	7	8	9	10	11
(42)	13	14	15	16	17	18
(43)	20	21	22	23	24	25
(44)	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)					1	2
(45)	3	4	5	6	7	8
(46)	10	11	12	13	14	15
(47)	17	18	19	20	21	22
(48)	24	25	26	27	28	29

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)	1	2	3	4	5	6
(50)	8	9	10	11	12	13
(51)	15	16	17	18	19	20
(52)	22	23	24	25	26	27
(1)	29	30	31			

7095 292 17/07

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

6.0 MESSAGES EXPLICATIFS

6.1 MSG - SALARIAT

- 001** Le nom du médecin est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 002** Le numéro du médecin est absent ou inexistant au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 003** Le numéro du médecin est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- # 005** Services dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement à honoraires fixes ou à salaire.
- 007** Services dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 009** Veuillez inscrire la lettre « **B** » dans la case C.S. lors d'une refacturation.
- 010** La période de facturation est absente, incomplète, non valide ou illisible.
- 012** La durée de la période de facturation excède sept jours.
- 013** Délai de facturation, de refacturation ou de révision expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'entente.
- 014** La période de facturation correspondant aux services rendus est postérieure à la date de réception de votre demande de paiement à la Régie.
- 019** Le nom ou le numéro d'établissement est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 022** Le nom ou le numéro d'établissement est absent ou inexistant au fichier des établissements.
- 023** Demande de paiement retenue, puisque le contrat ou l'avis de service est non conforme ou non reçu pour les services dispensés dans l'établissement concerné.
- 024** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 025** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée au contrat ou à l'avis de service.
- 026** La date (quantième) identifiant un jour de la période a été modifiée, afin de la rendre compatible avec les dates de la période de facturation.
- 027** La période de facturation a été modifiée pour la rendre compatible avec les dates identifiant les jours de la période.
- 028** Facturation non retenue parce que située à l'extérieur de la période inscrite sur la demande de paiement.
- 029** La date (quantième) permettant l'identification du jour de la période est absente, incomplète, non valide ou illisible.
- 031** Facturation non retenue parce que non couverte par un contrat ou un avis de service.
- # 033** Votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considéré comme étant terminé.
- 034** Facturation non retenue parce que vous étiez en assurance invalidité.
- 035** Facturation non retenue parce que déjà payée.
- # 037** Le congé ne peut être rémunéré, car le nombre d'heures travaillées demandé pour cette date est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévues au contrat ou à l'avis de service.
- 038** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 039** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 040** La qualité d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.

- 041** L'accumulation et la remise d'heures supplémentaires ne sont pas prévues à l'entente.
- 042** L'indicateur de plage horaire n'est pas permis.
- 049** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- # **051** Les heures demandées sont illisibles, absentes ou non conformes.
- # **052** La somme des heures ou des congés demandés pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 054** Facturation non retenue parce que la garde en disponibilité vous est payable à l'acte.
- 057** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 062** Le total des heures travaillées a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- 064** Le total des jours de congé a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- # **065** Le code de congé est absent, inexistant ou non permis.
- 066** Code de congé de maternité modifié conformément à l'entente. Veuillez utiliser le code de congé 29.
- 067** Code de congé de maternité modifié conformément à l'entente. Veuillez utiliser le code de congé 27.
- 069** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période d'assurance invalidité.
- 075** Vous n'êtes pas encore admissible aux régimes d'assurances.
- 077** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période de congé de maternité.
- 078** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période de congé sans rémunération autorisé.
- 080** Le montant déclaré à titre de juré ou de témoin n'a pas été considéré, parce qu'il est illisible ou incomplet. Veuillez confirmer ce montant.
- 081** Nous récupérons le montant que vous avez reçu pour agir à titre de juré ou témoin.
- 084** Un congé facturé en préretraite doit toujours être équivalent à une journée complète.
- 095** Le montant réclamé en assurance invalidité est incomplet ou illisible.
- 096** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période de congé spécial pour adoption (code 25).
- 097** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période de congé spécial pour le résiduel d'un congé de maternité (code 12).
- 098** Votre congé spécial pour le résiduel d'un congé de maternité est considéré comme étant terminé.
- 100** Ce code de congé ne peut être facturé. L'utilisation de ce code est réservée à la Régie.
- 101** Ce type de congé peut être facturé uniquement pour les jours ouvrables.
- # **102** La somme des heures ou des congés demandés pour la période de facturation est plus grande que le maximum admissible.
- 103** La valeur du jour de congé est invalide. Les valeurs possibles sont 1.00 et 0.50.
- 104** Le maximum de jours de congé pouvant être facturé par semaine est atteint (maximum = cinq jours).
- 105** Les données relatives au congé facturé, soit le code de congé ou la durée du congé, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- # **106** La durée du congé demandé a été ajustée pour tenir compte des heures travaillées facturées pour une même date de service.
- # **107** Les heures supplémentaires en remise de temps doivent être facturées dans la section des heures supplémentaires.
- 120** Code de congé modifié pour celui du congé férié, conformément à l'entente.
- 125** Votre réserve de congés fériés est épuisée.
- 130** Vous n'avez pas de crédit disponible pour ce type de congé.

- # 155 Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- # 156 Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
- 201 Codes de congé de vacances modifiés parce que les crédits de vacances accumulées sont épuisés.
- 205 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de vacances sont épuisés.
- 246 Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (7 chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
- 251 Code de congé de perfectionnement modifié pour celui du ressourcement en fonction de votre région de pratique, conformément à l'entente.
- 252 Le règlement de votre congé de perfectionnement est en attente, parce que votre date d'installation en région ne nous est pas connue.
- 253 Code de congé de ressourcement modifié pour celui de perfectionnement en fonction du solde de vos crédits ou de la région de pratique.
- 254 Selon l'expertise médicale, les pièces justificatives reçues pour un congé de perfectionnement ou de ressourcement ne sont pas acceptées. Les jours facturés seront refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 256 La demande de paiement n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 310 Le secteur de dispensation est absent, incomplet ou illisible.
- 311 Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.
- 321 Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 322 Le code d'activité inscrit n'est pas prévu à votre contrat ou à votre avis de service.
- 323 Le code d'activité inscrit ne correspond pas à celui autorisé à votre contrat ou à votre avis de service.
- 324 L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 325 Les données relatives à l'activité facturée, soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 328 Vous n'êtes pas autorisé à facturer ce code d'activité.
- 368 Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 450 Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire est dépassé. Nous avons donc ajusté les heures en fonction du maximum applicable.
- 455 Le maximum d'heures autorisé est dépassé.
- 500 La date de début du congé pour période continue et prolongée est non valide en fonction de la période de facturation. Veuillez refacturer.
- 501 Les données relatives au congé pour période continue et prolongée, soit la date de début, la date de fin, le code de congé ou la durée sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 506 La durée du congé pour une période continue et prolongée a été modifiée en tenant compte des dates de début et de fin.
- 507 Facturation non retenue parce que votre demande pour une période continue et prolongée est considérée.
- 510 Votre congé pour période continue et prolongée a été modifié pour tenir compte de votre nouvelle facturation.
- 511 Le code de congé demandé n'est pas permis en période continue et prolongée.
- 512 Il s'agit de la dernière demande de paiement générée, puisque la date de fin de votre facturation en période continue et prolongée est atteinte.
- 513 Facturation non retenue, afin de la rendre conforme à la modification de votre congé en période continue et prolongée.
- 514 La facturation de votre congé en période continue et prolongée a été modifiée pour la rendre conforme aux dispositions stipulées à votre entente.
- 515 Paiement refusé parce que vous n'êtes pas admissible à ce congé.

- 676** Votre congé est refusé, puisqu'aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie.
- 677** Le maximum de jours payables pour ce type de congé est atteint.
- 700** Le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours du début de la période d'invalidité.
- 701** Le certificat médical fourni pour le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus est inacceptable. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 702** Nous n'avons pas reçu le certificat médical demandé pour le congé d'assurance invalidité de cinq jours ou plus. La rémunération versée est donc récupérée.
- 703** Conformément à votre entente, les deux premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième au cours de la même année ne sont pas rémunérés (paragraphe 8.02 de l'Annexe V).
- 704** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement sont conformes.
- 705** Le congé de perfectionnement ou de ressourcement doit être justifié par des documents pertinents. La rémunération versée pour ces congés sera récupérée, si ces pièces ne sont pas reçues dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 706** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement ou de ressourcement ne sont pas acceptées. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 707** Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives pour les congés de perfectionnement ou de ressourcement demandés. La rémunération versée est donc récupérée.
- 708** Facturation de vos congés de perfectionnement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 709** Facturation de vos congés de ressourcement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 711** Le maximum de jours de congé pour visites médicales reliées à la grossesse est atteint. Nous avons donc modifié votre facturation pour un code d'assurance invalidité.
- 712** Ce code de congé doit être utilisé pour visites médicales reliées à la grossesse.
- 713** Le congé pour visite médicale reliée à la grossesse doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée, si le document n'est pas reçu dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 714** Nous n'avons pas reçu le certificat médical justifiant le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse. La rémunération versée est donc récupérée.
- 715** Facturation non retenue parce que le code de congé est relatif à la maternité.
- 716** Le certificat médical reçu justifie le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse.
- 717** La date indiquée sur la pièce justificative fournie ne correspond pas au quantième facturé.
- 719** Nous récupérons le montant que vous avez reçu à titre de prestation d'assurance emploi.
- 720** Un congé de maternité ne peut être discontinué plus d'une fois. Nous considérons donc votre congé de maternité terminé.
- 721** La Régie a la responsabilité de rémunérer les trois premières semaines d'un congé de retrait préventif (code 22) en fonction de la date de début de celui-ci. Même si la facturation de la deuxième et de la troisième semaines paraît refusée, celle-ci sera considérée et fera l'objet d'un paiement spécifique.
- # **722** Le nombre maximum de jours payables lors d'un retrait préventif (code 22) est atteint. Cependant, s'il s'agit de la deuxième ou de la troisième semaine de votre congé, la rémunération des jours payables pour cette période fera l'objet d'un paiement spécifique. Au-delà de cette période, la rémunération de votre congé relève de la CNESST.
- 723** Votre congé pour retrait préventif est considéré comme étant terminé.
- 724** Congé de retrait préventif modifié pour tenir compte des nouvelles conditions qui s'appliquent.
- # **725** Votre demande de retrait préventif est en attente des pièces justificatives qui certifient l'acceptation du retrait par la CNESST.
- 726** L'extension de votre congé de maternité est refusée, parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à l'entente.
- 727** Facturation à l'extérieur de la période de prolongation prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

- 728 La période de prolongation du congé de maternité, de paternité ou d'adoption est terminée.
- 729 La facturation d'un congé de retrait préventif (code 22) doit se faire dans la partie détaillée identifiée *Congés*, lorsqu'il y a diminution de la période régulière d'activités professionnelles.
- 730 Votre congé est refusé, puisque aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie. Vous devez avoir une autorisation de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, du Conseil des médecins ou du Conseil des dentistes.
- 734 Conformément à l'entente, vous avez droit à un congé de maternité de 20 semaines dont dix peuvent être rémunérées.
- 735 Conformément à l'entente, vous avez droit à un congé de maternité non rémunéré de 20 semaines.
- 736 Conformément à l'entente, en cas d'interruption de grossesse, le nombre minimal de semaines de grossesse pour avoir droit au congé de maternité est de 20 semaines.
- 737 Le maximum de jours pouvant être rémunérés pour votre congé de maternité est atteint.
- 738 La prolongation ou le résiduel de prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considéré comme étant terminé.
- 739 Le congé partiel sans rémunération de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusé parce que le nombre d'heures de votre contrat doit être supérieur à 17,5 heures.
- 741 Votre congé en vertu de l'article 1.34 de l'annexe 21 - *Brochure n° 1* est considéré comme étant terminé.
- 742 La prolongation ou le résiduel de prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusé, parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à l'annexe 21 - *Brochure n° 1*.
- 743 Votre congé en vertu de l'article 1.34 de l'annexe 21 - *Brochure n° 1* est refusé, parce que les conditions qui y sont stipulées ne sont pas rencontrées.
- 744 Facturation refusée, car elle se situe à l'extérieur de la période de prolongation ou du résiduel de prolongation prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
- 745 Facturation refusée, car elle se situe à l'extérieur de la période prévue à votre congé en vertu de l'article 1.34 de l'annexe 21 - *Brochure n° 1*.
- 750 La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le professionnel ou son mandataire.
- 751 La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 754 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de ressourcement sont épuisés.
- 756 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de congés fériés sont épuisés.
- 757 Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de perfectionnement sont épuisés.
- 761 Votre période d'assurance invalidité est maintenant terminée.
- 762 Codes de congé en préretraite refusés en partie ou en totalité parce que votre réserve de congés de maladie est épuisée.
- 763 Modification en partie ou en totalité de votre facturation de codes de congé de préretraite à plein tarif 15 pour des codes de congé de préretraite à demi-tarif 16, en fonction de votre réserve de congés de maladie.
- 765 Modification en partie ou en totalité de votre facturation de codes de congé de préretraite à demi-tarif 16 pour des codes de congé de préretraite à plein tarif 15, en fonction de votre réserve de congés de maladie.
- 767 Facturation en attente de règlement parce que les documents requis ne nous sont pas parvenus.
- 768 Récupération du montant que vous avez reçu pour une rente d'invalidité ou de retraite d'un autre organisme gouvernemental.
- 769 Récupération en partie ou en totalité de certains congés à la suite de l'analyse de vos avantages sociaux.
- 771 Vous n'êtes pas admissible à un congé de maternité, puisque vous n'avez pas accumulé les 20 semaines de facturation nécessaires.
- 773 Récupération en partie ou en totalité du montant que vous avez reçu des autres modes de rémunération.
- 776 Votre demande de paiement est annulée parce qu'il n'y a aucune facturation.

- 790** Ce code de congé doit être utilisé pour un congé de paternité seulement.
- 791** Le maximum de jours payables pour un congé de paternité est atteint.
- 792** Le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- 793** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au congé pour adoption de dix semaines (code 25).
- 794** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au résiduel de congé de maternité (code 12).
- 795** Code de congé modifié, car le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- 796** Votre congé pour adoption est considéré comme étant terminé.
- 812** Demande de paiement révisée pour permettre la répartition des heures supplémentaires calculées sur les demandes de paiement de la même période de facturation.
- 820** Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de congés additionnels sont épuisés.
- 829** Le maximum de semaines payables en assurance invalidité (104 semaines) est atteint.
- 830** Facturation non retenue parce que vous êtes en congé de préretraite.
- 835** Code de congé d'invalidité modifié conformément à votre entente.
- 840** Votre facturation de congé d'invalidité n'est plus justifiée par votre dernier certificat médical. Veuillez nous en faire parvenir un nouveau.
- 841** Les heures du congé en assurance invalidité ont été réduites par les heures travaillées ou par celles des autres congés, pour une même journée.
- 842** La valeur de la durée du congé d'assurance invalidité a été ajustée pour tenir compte des autres facturations, pour cette même journée.
- 844** Conformément à l'entente, la facturation de congé est refusée en période de rééducation.
- 845** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible à ce type de congé sans rémunération.
- 846** Codes de congé refusés parce que vous avez déjà bénéficié de ce congé ou d'un type de congé sans rémunération.
- 847** Votre congé sans rémunération est considéré comme étant terminé.
- 848** Nous avons mis fin à votre congé sans rémunération pour tenir compte de votre dernière facturation.
- 849** Code de congé sans rémunération 57 modifié pour un code de congé 20, parce que vous ne répondez plus aux conditions stipulées à l'entente.
- 850** Vous êtes considéré en congé sans rémunération dans cet établissement.
- 851** Le congé d'assurance invalidité n'est pas retenu, parce que la somme des heures travaillées ou des autres congés est égale ou supérieure à la moyenne applicable pour ce congé.
- 855** Annulé ou corrigé à votre demande.
- 857** Demande de paiement endommagée.
- 859** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 860** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 861** Ajustement rétroactif de votre rémunération, à la suite d'une modification à votre entente.
- 865** Une lettre explicative suivra sous peu.
- 866** Demande de paiement révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation de certains congés.
- 868** Demande de paiement révisée pour rétablir le délai de carence applicable à votre période d'invalidité.
- 869** Demande de paiement révisée pour répartir adéquatement vos heures de congés en tenant compte de votre facturation.

- 870 Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée.
- 874 Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée à la suite de votre demande.
- 878 Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S. en présence de renseignements complémentaires.
- 879 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 880 Honoraires rectifiés conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 888 Demande de paiement ou requête de règlement interne (RRI) révisée à la suite d'une modification à votre contrat ou à votre avis de service.
- 889 À la suite de la fermeture de votre dossier, certains crédits accumulés vous sont payés conformément à l'entente (fériés, vacances et maladies).
- 890 Demande de paiement ou requête de règlement interne (RRI) révisée à la suite de la modification de votre dossier concernant vos années d'expérience.
- 891 Conformément à l'article 8.6 de l'annexe 38, le médecin qui demande le paiement du montant forfaitaire au cours d'une journée de ressourcement ne peut demander le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 892 Conformément à l'article 13.1 de l'annexe 38, le médecin qui demande le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée ne peut être rémunéré, entre 7 h et 17 h, pour les activités médicales visées aux protocoles d'accord.
- 893 Conformément à l'article 14.1 de l'annexe 38, le médecin qui demande le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré au sein d'un autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.
- 895 Congé révisé afin d'appliquer la valeur calculée de fin d'année.
- 897 Demande de paiement ou requête de règlement interne (RRI) révisée à la suite du nouveau calcul de la valeur de votre congé.
- 900 Le code de localité n'est pas retenu, puisqu'aucune activité correspondante n'a été soumise.
- 905 Le code de localité est incomplet, non valide ou illisible.
- 999 À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

6.2 MSG - HONORAIRES FORFAITAIRES

- 097** La qualité d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 098** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 099** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 100** Le numéro du médecin est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 101** Le numéro du médecin est absent au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 102** Le nom du médecin est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 103** Les services ont été dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 104** Selon nos renseignements, les services ont été dispensés lorsque vous n'étiez pas admissible à être payé à la vacation ou au tarif horaire.
- 105** Seul l'original d'une demande de paiement peut être accepté.
- 115** La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie d'un programme de perfectionnement.
- 125** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est non conforme à celle indiquée au contrat et à l'autorisation de service.
- 135** La journée facturée vous est refusée parce qu'elle ne figure pas sur l'attestation fournie.
- 143** Les pièces justificatives sont non conformes.
- 150** Honoraires payés directement au médecin parce que le numéro de groupe est illisible.
- 151** Honoraires payés directement au médecin parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 152** Honoraires payés directement au médecin parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 153** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- # 155** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- # 156** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
- 160** La signature du professionnel de la santé est absente, veuillez refacturer.
- 161** La signature du représentant de l'établissement est absente, veuillez refacturer.
- 162** Les signatures du professionnel de la santé et du représentant de l'établissement sont absentes, veuillez refacturer.
- 163** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le médecin.
- 164** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 165** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le médecin ni par le représentant de l'établissement.
- 166** La signature du professionnel de la santé est absente de la demande de remboursement des frais de déplacement, veuillez refacturer.
- 167** La demande de remboursement des frais de déplacement n'est pas dûment signée par le médecin.
- 168** L'envoi électronique de cette demande de paiement n'est pas permis durant la période où votre droit de transmission pour ce mode de rémunération est suspendu. Veuillez refacturer en utilisant la version papier de la demande de paiement ou les services en ligne.

- 170 La demande de paiement a été signée par une autre personne que le professionnel ou le mandataire autorisé.
- 171 La signature du professionnel ou du mandataire est en caractères d'imprimerie. Seule une signature manuscrite est conforme au règlement.
- 172 La signature du mandataire est non conforme, car elle ne peut pas être représentée par un numéro ou par un nom de société. Le mandataire doit apposer sa propre signature manuscrite.
- 173 La signature de l'établissement est non conforme, car vous ne pouvez pas signer vos demandes de paiement à titre de représentant de l'établissement. Selon nos dossiers, vous n'êtes pas un signataire autorisé dans cet établissement.
- 174 Selon nos dossiers, le signataire n'est pas inscrit au registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé que détient la Régie.
- 175 La signature du représentant de l'établissement est en caractères d'imprimerie. Seule une signature manuscrite est conforme au règlement.
- 200 Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- 201 Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 202 Le numéro d'établissement est inexistant au moment de la période de facturation.
- 203 L'identification de l'établissement est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 204 Les services ne peuvent vous être payés dans cet établissement parce que le code d'établissement ne figure pas dans nos fichiers.
- 205 Les services sont non assurés.
- 206 Les services pour lesquels vous demandez paiement n'ont pas été dispensés.
- 207 Vos honoraires, majorés en raison du caractère urgent, ont été réévalués, car les notes explicatives fournies ne permettent pas de considérer ce service effectué pendant l'horaire de garde, comme une intervention urgente rendue dans un établissement de santé ou un site d'une mission.
- 282 L'heure du début de l'activité rémunérée par le forfait n'est pas inscrite dans les renseignements complémentaires. Nous vous versons le montant prévu aux règles de calcul en vigueur.
- 298 Les services dispensés à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- 299 La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300 La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 301 La date du début de la période de facturation n'est pas un dimanche ou la date de fin de période de facturation n'est pas un samedi.
- 302 La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 303 La période de facturation a été ajustée selon le calendrier de facturation des honoraires forfaitaires.
- 305 La durée de la période de facturation excède la limite permise.
- 306 L'autorisation de services avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309 La date des services est postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312 Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas couverts par une autorisation de services.
- 314 Les services ont déjà été payés.
- 315 Le délai de facturation ou de refacturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou l'entente.
- 317 Le secteur de dispensation n'est pas indiqué, est incomplet ou illisible.
- 318 Le secteur de dispensation n'est pas autorisé.

- 322 Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 323 L'activité identifiée par le code n'est pas autorisée dans votre établissement.
- 324 Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 325 L'activité identifiée par le code n'est pas autorisée.
- 326 Les données relatives à l'activité facturée, soit la plage horaire, le code d'activité, le secteur de dispensation ou les heures travaillées sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 327 Le secteur de dispensation est invalide.
- 328 Vous n'êtes pas autorisé à facturer ce code d'activité.
- 346 Pour facturer des services cliniques dispensés le samedi, le dimanche ou un jour férié dans les régions 17 et 18 ou comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord, vous devez utiliser le code d'activité XXX064 conformément à la *Lettre d'entente n° 40*.
- 350 Le code d'activité doit être justifié par des notes explicatives.
- 351 Selon vos notes explicatives, la description des services rendus ne correspond pas au code d'activité facturé.
- 352 Les notes explicatives présentées sont insuffisantes.
- 353 Les données inscrites ne sont pas conformes à votre entente.
- 354 Pour bénéficier de la rémunération pour cette activité, le médecin doit exercer et résider dans les régions 17 ou 18 ou exercer comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord.
- 356 Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359 Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360 Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 361 Heures coupées afin d'obtenir un total divisible par trois.
- 363 Le nombre maximum de jours prévu à l'entente a été dépassé.
- 364 La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365 Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366 Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activité facturé.
- 367 Le maximum d'heures pouvant être facturé dans la plage horaire étant dépassé, nous avons payé jusqu'au maximum applicable.
- 368 Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente ou aux différents protocoles a été dépassé.
- 370 La plage horaire n'est pas indiquée.
- 371 Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372 Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.
- 373 Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- 374 Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375 L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.

- 382 Nous vous versons le montant le plus élevé possible compte tenu des règles de calcul en vigueur.
- 383 Le maximum d'heures pouvant être facturé dans les plages horaires étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 384 L'heure du début de l'activité rémunérée par le forfait n'est pas inscrite dans les renseignements complémentaires.
- 395 Pour les médecins spécialistes exerçant au service d'interventions médicales d'urgence (Urgence-Santé du Montréal Métropolitain), le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 35 par semaine conformément à la *Lettre d'entente n^o 99 - Brochure n^o 1*.
- # 399 Conformément aux frais de déplacement et de séjour, le pourboire facturé relié à un déplacement en taxi dépasse le maximum du pourcentage accepté. L'excédent facturé est non remboursable.
- 400 Certaines données obligatoires relatives à un déplacement sur la demande de paiement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 401 Certaines données obligatoires relatives à un déplacement sur une demande de remboursement de frais de déplacement sont absentes, illisibles, incomplètes ou non valides.
- 402 La date d'arrivée à destination est absente ou incompatible avec la demande de paiement correspondante.
- 403 L'heure d'arrivée à destination ou de départ est absente ou incompatible avec les heures pour lesquelles le paiement des services professionnels est demandé.
- 404 Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.
- 405 Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 406 Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 407 Pour ce déplacement, l'autorisation de services avec l'établissement visité n'a pas été inscrite à votre dossier.
- 408 Aucun service ou aucun déplacement ne paraît sur la demande.
- 409 La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
- 410 Les frais de déplacement ne peuvent être reliés à aucun service rendu.
- 411 La distance ou le montant réclamé sont manquants sur la demande.
- 412 La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- 413 Le montant réclamé a été corrigé selon le montant calculé par la Régie.
- 414 Le montant total des frais a été rectifié.
- 415 Ce déplacement a déjà été payé.
- 417 Aucuns frais de déplacement n'étant acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 418 Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 419 Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ indiquées par le transporteur aérien.

- 420 Le temps de déplacement a été rectifié selon le mode de transport le plus adéquat.
- 421 Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- 422 Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 425 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 426 Les seuls frais de déplacement remboursables sont ceux payés sur le territoire québécois.
- 427 La demande de paiement n'étant pas complète, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428 Le nombre d'heures de déplacement est absent, incomplet ou illisible.
- 429 Le maximum de l'indemnité accordée pour le temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 430 Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de l'entente.
- 431 Les frais de déplacement ont été payés selon les pièces justificatives présentées.
- 432 Les coûts de transport ont été payés selon le mode de transport le plus adéquat.
- 433 Certains renseignements des pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.
- 434 Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 435 Le maximum alloué pour le temps de déplacement, en fonction de la distance unidirectionnelle, est dépassé. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437 Votre demande n'est pas rédigée sur le formulaire approprié. Veuillez refacturer en utilisant le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988).
- 438 Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables à tarif horaire, mais plutôt à l'acte. Vos pièces justificatives vous seront retournées pour que vous puissiez les joindre à votre formulaire *Demande de paiement – Médecin* (1200) lors de la facturation.
- 439 La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère personnel ou nolisé.
- 440 Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation de l'annexe 32.
- 441 La prime de remplacement n'est pas autorisée.
- 442 Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.
- 470 La distance totale parcourue ne rencontre pas la norme minimale.
- 471 Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- 472 Les frais de déplacement pour se rendre dans un même établissement sont limités à une fois par semaine.
- 473 Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 474 La location d'une voiture n'est autorisée que pour compléter un trajet entrepris en transport en commun.

- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 476** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- 477** Veuillez nous faire parvenir l'original du billet d'avion et non la facture de l'agence de voyage.
- 479** Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée présente dans l'outil Google Maps.
- # 480** Quand vous recevez une activité de ressourcement dans un territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût de location d'une voiture ou d'un billet d'avion commercial, jusqu'à concurrence des frais payables pour l'utilisation de votre voiture personnelle.
- # 481** Le kilométrage effectué avec la voiture louée n'est pas remboursable par la Régie.
- # 483** Les dépenses liées à l'utilisation de votre voiture personnelle ne sont pas payables.
- 485** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transport.
- 503** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 550** Rectification d'une demande de paiement.
- 551** Annulation d'une demande de paiement payée.
- 552** Rectification d'une demande de remboursement des frais de déplacement déjà payée.
- 553** Annulation d'une demande de remboursement des frais de déplacement déjà payée.
- 554** Révision effectuée sur la base de votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 555** Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- 556** Rectification effectuée à votre demande.
- 557** Rectification d'un paiement. Une lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 558** Demande de paiement ou demande de remboursement annulée : les corrections ont été reportées sur votre demande de paiement ou sur votre demande de remboursement initiale.
- 602** Nous n'avons pas reçu l'autorisation de services de l'établissement ou du MSSS.
- 603** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 604** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement mutilée.
- 605** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement non rédigée sur le formulaire approprié.
- 612** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 613** Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération conformément aux dispositions prévues dans l'entente et à celles relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.
- 614** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement annulée à votre demande.
- 615** Annulation d'une demande de paiement ou de remboursement qui vous a été incorrectement payée à cause d'une erreur de numéro du professionnel.
- 630** Demande de paiement ou demande de remboursement des frais de déplacement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.
- 631** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 632** Le délai permis pour une demande de révision est expiré, selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 633** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 634** Révision en cours.
- 635** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.

- 650 Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 651 Pour faire suite aux communications antérieures.
- 652 Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 653 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 654 Ajustement d'intérêts.
- 660 Le nombre de 30 jours ouvrables pour lesquels votre participation avait été demandée est atteint. L'approbation des parties négociantes est maintenant requise.
- 661 Le mode de rémunération facturé n'est pas conforme à celui prévu au contrat ni à l'autorisation de service.
- 663 Un seul mode de tarification est permis par jour.
- 664 Le mode de rémunération utilisé n'est pas autorisé par les ententes.
- 666 Ce service n'est pas rémunéré un jour férié.
- 667 Ce service exige un temps de service continu de 60 minutes.
- 668 Le temps minimum requis par jour, prévu à l'entente, n'a pas été atteint.
- 669 Le nombre d'heures par jour, pour cette activité, a été dépassé.
- 670 Seules des périodes complètes de service de 60 minutes sont rémunérées.
- 671 Vous détenez un contrat en mode de rémunération mixte dans cet établissement.
- 672 Ce service n'est pas facturable en semaine, sauf s'il s'agit d'un congé férié identifié et déclaré.
- 673 Celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires relatifs à ce mode de rémunération.
- 674 Celui qui est payé au *per diem* en vertu de l'annexe 15, ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie, sauf ceux prévus pour la garde.
- 675 Le dépassement des heures prévues à l'entente doit être justifié par des notes explicatives.
- 676 Le mode de rémunération est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 677 Le nombre maximum de montants forfaitaires, prévu à l'article 2.4 i) de l'annexe 40, a été dépassé.
- 678 Le nombre maximum de montants forfaitaires, prévu à l'article 2.4 ii) de l'annexe 40, a été dépassé.
- 680 Ce service ne peut être facturé lors d'une journée fériée en semaine.
- 681 Ce service n'est pas rémunéré une fin de semaine.
- 682 Les services rendus hors du Québec ne sont pas rémunérés à la vacation et à tarif horaire.
- 683 Les crédits de jours de ressourcement sont épuisés.
- 684 Jour de ressourcement non payable, puisque vous êtes soumis à l'article 3.1 de l'annexe 19 (réf. : annexe 40, article 6.9).
- 700 Conformément à l'article 8.6 de l'annexe 38, le médecin qui réclame le paiement du montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 701 Conformément à l'article 13.1 de l'annexe 38, le médecin qui réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée ne peut être rémunéré, entre 7 h et 17 h, pour les activités médicales visées aux protocoles d'accord.
- 702 Conformément à l'article 14.1 de l'annexe 38, le médecin qui demande le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré au sein d'un autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.
- 703 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 704 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue. Vous pouvez cependant présenter une nouvelle demande de révision indiquant que votre cas doit être soumis à votre fédération ou association, le cas échéant.

- 713** L'indemnité relative au temps de déplacement doit être facturée sur la *Demande de paiement - Médecin* (1200) (réf. : *Lettre d'entente A-50*).
- 804** Conformément à l'article 6.6 de l'annexe 40, le médecin qui réclame le paiement du montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 805** Vous devez obligatoirement nous faire parvenir l'attestation de présence.
- 806** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au séjour de ressourcement.
- 812** Puisqu'un jour de ressourcement est déjà payé pour ce quantième, aucune heure d'activité, aucun forfait et aucun autre ressourcement ne peuvent être considérés.
- 823** Le médecin rétribué selon le mode de rémunération mixte, qui demande le paiement d'une activité médico-administrative ou d'enseignement, ne peut réclamer le paiement de cette activité à 100 % du tarif pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 824** Le médecin spécialiste classé en biochimie médicale ou en microbiologie-infectiologie, qui demande le paiement d'une activité médico-administrative ou d'enseignement, ne peut demander le paiement de cette activité à 100 % du tarif pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 826** Le ressourcement est déjà payé (double facturation).
- 830** Conformément à l'article 5.4 v) du protocole d'accord sur les activités médico-administratives ou conformément à l'article 13.4.5 du protocole d'accord sur les activités d'enseignement, le médecin spécialiste ne peut demander le paiement d'une activité visée par l'un de ces protocoles au cours de la période où il a facturé l'une des mesures de rémunération listées à ces mêmes articles.
- 831** Conformément aux articles 5.4 iii), iv) et v) du protocole d'accord sur les activités médico-administratives ou conformément aux articles 13.4.3, 13.4.4 et 13.4.5 du protocole d'accord sur les activités d'enseignement, le médecin spécialiste ne peut demander le paiement d'une activité visée par l'un de ces protocoles au cours de la période où il a facturé l'un des forfaits journaliers listés à ces mêmes articles.
- 832** Conformément à l'article 5.4 v) du protocole d'accord sur les activités médico-administratives ou conformément à l'article 13.4.5 du protocole d'accord sur les activités d'enseignement, le médecin spécialiste ne peut demander le paiement d'une activité visée par l'un de ces protocoles au cours de la période où il a facturé l'une des activités rendues dans le cadre du protocole d'accord en médecine d'urgence (ÉVAQ).
- 833** Le médecin spécialiste ne peut demander le paiement d'une activité médico-administrative ou d'enseignement pour la période où il a facturé des activités rendues dans le cadre de l'annexe 40.
- 841** Les pièces reçues pour le ressourcement sont inacceptables.
- 842** L'attestation de présence doit être émise par l'organisme qui donne la formation.
- 845** Le médecin rétribué selon l'annexe 40 qui demande le paiement d'un supplément d'honoraires permis dans certains protocoles doit utiliser la nature de service à 50 % du tarif.
- 850** Le médecin qui agit à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- # 858** Selon l'information que nous détenons, vous agissiez en tant que directeur de la santé publique pour cette journée. S'il y a eu une modification à votre horaire, veuillez en informer le MSSS et la Régie afin que nous puissions faire les ajustements nécessaires.
- 998** Ressourcement payable à la suite d'une entente convenue entre le professionnel et les parties négociantes.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.