

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

MISE À JOUR : 19

JUILLET 2010

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

Modifications découlant de l'Amendement n° 113, article 1. B) f) et de changements d'ordre administratif

AMENDEMENT n° 113 (*en vigueur le 1^{er} juillet 2010*)

- PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Les règles 4.2 et 4.3 sont remplacées

Page : [3](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives

Pages : [12](#), [13](#), [14](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF (suite)

- PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Mise à jour des calendriers de paiement
- Modification des messages explicatifs n^{os} : 245, 313, 360, 365, 435, 441, 592, 615, 723, 800
- Ajout des messages explicatifs n^{os} : 246, 247, 935 et 936

Pages : 8 à 14

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante :
045 / 7 juin 2010

LÉGENDE


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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-52555-4

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 

2.5 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (Formulaire n° 1988)



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

0000 **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	NO DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

Déplacement

LOCALITÉ DE DÉPART	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE
LOCALITÉ D'ARRIVÉE	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT			

Frais de déplacement

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

	TEMPS DE DÉPLACEMENT	NBRE D'HEURES FACTURÉES	TAUX HORAIRE	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
	X			=	

MOYENS DE TRANSPORT

DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT
			Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	TAUX
				X	

NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.

	MONTANT TOTAL DES FRAIS			
--	------------------------------------	--	--	--

CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL

Dentiste

Omnipraticien

Spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

Acte

Honoraires forfaitaires

Rémunération mixte

SLE

Tarif horaire

Vacation

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 pendant les heures qui ont servi à mon déplacement.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE
----------------------------	------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 06/04

COPIE DE LA RÉGIE

2.5.1 Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*

Ce formulaire doit être utilisé si vous devez détailler des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation d'une automobile personnelle.

Ce formulaire comprend neuf (9) parties et se rédige comme suit :

1. PROFESSIONNEL : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie;
2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION : indiquer votre catégorie de professionnel et spécifier votre mode de rémunération;
3. DÉPLACEMENT : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro. **Ces renseignements sont obligatoires.** Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés;
 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT FACTURÉ : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente, et le montant calculé à 100 %; reporter ce montant sur la demande de paiement n° 1606 se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **99920**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule automobile le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement ;
 6. MOYENS DE TRANSPORT : indiquer la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé à ce moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé; reporter le montant total associé aux moyens de transport sur la demande de paiement n° 1606 se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **99910**;
 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS : la somme des montants réclamés;
 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande;
 9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL : le formulaire doit être signé à la main par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; la date est également très importante.
- # **Présence et identification des pièces justificatives** : Toutes les pièces justificatives telles que facture de location d'automobile et reçus d'essence afférents, reçus de taxi, etc. doivent être **identifiées** au nom du professionnel qui soumet la demande de remboursement. **Veillez fournir les originaux lorsque requis.**⁽¹⁾

Le nombre de kilomètres facturés est la distance unidirectionnelle. Celle-ci se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité.

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

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

- # **Remarque** : Veuillez vous référer à la rubrique Internet *Frais de déplacement* pour les instructions complémentaires sur la facturation de vos frais de déplacement.

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

Obligation de transmettre l'**original**¹ de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation **avec** le formulaire n° 1988 dûment rempli.

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

Conserver l'original¹ de chacune des pièces justificatives (pendant 5 ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une copie du formulaire n° 1988 où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre ce formulaire **sans** copies des pièces justificatives.

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

AVIS : Instructions de facturation des frais de déplacement :

1) Si vous utilisez la Demande de paiement - Médecin n° 1200 pour facturer vos services à l'acte, vous devez y réclamer vos frais de déplacement (transport et temps). Veuillez vous référer à notre rubrique Internet Frais de déplacement ou à la partie 4.6.5 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens.

2) Si vous utilisez la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606 :

- remplir le formulaire n° 1988 (s'il y a lieu), de la façon habituelle (voir 2.5.1) ou la rubrique Internet Frais de déplacement;
- suivre les instructions suivantes pour le formulaire n° 1606 :

A) Frais de transport :

- **voiture personnelle uniquement** : 0,86 \$⁽¹⁾ par kilomètre (distance unidirectionnelle)
 - remplir le formulaire de la façon habituelle pour facturer des services rendus lors de votre déplacement et réserver de l'espace pour ajouter les informations suivantes;
 - inscrire le code **99900** dans la case CODE D'ACTE, 1 dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur dans la case TARIF et le montant total réclamé dans la case MONTANT;
 - inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
 - **toujours préciser votre point de départ sur le formulaire**; si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ.
 - **ne pas utiliser le formulaire** Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988;
- N.B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.**

- **autres moyens de transport** (en plus ou non, de votre voiture personnelle) :

- remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988 en y précisant le détail des dépenses effectuées;
- utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement;
- sur la Demande de paiement n° 1606, inscrire le code **99910** dans la case CODE D'ACTE, 1 dans la case NOMBRE D'ACTES, rien inscrire dans la case TARIF et inscrire dans la case MONTANT le montant de l'indemnité totale du déplacement, tel que calculé sur le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988;
- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- annexer les originaux des pièces justificatives (reçus, billets, etc.) à chaque formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988;
- joindre le tout à la Demande de paiement n° 1606. Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne laquelle contient les renseignements relatifs au déplacement et la signature originale du professionnel doit y être apposée.

B) Temps de déplacement : le taux horaire est établi sur la base du taux horaire régulier.

- si vous avez réclamé le code d'acte **99910**, remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988;
- sur la Demande de paiement n° 1606, inscrire le code **99920** sur la ligne suivante du déplacement correspondant;
- inscrire le code **99920** dans la case CODE D'ACTE, le nombre d'heures total du déplacement dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur dans la case TARIF et le montant total réclamé dans la case MONTANT;
- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- lors d'un déplacement effectué avec un véhicule automobile le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante : kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.

(1) Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la « Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents ». Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/secretariat/frais-deplacement.pdf>

ANNEXE I

Liste des codes de discipline à utiliser pour remplir la case **CODE DE LA SPÉCIALITÉ** de la « **DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION** ».

Codes	Signification	Codes	Signification
02	Anatomo-pathologie	29	Radiologie diagnostique
06	Cardiologie	33	Médecine nucléaire
15	Hématologie	37	Électroencéphalographie

ANNEXE II**LISTE DES MODIFICATEURS****PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Pour les soins rendus entre 19 heures et 7 heures (majoration de 46 %) **MOD 014**

MÉDECINE NUCLÉAIRE**RÈGLE 1.3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER**

Lorsque le médecin pratique, outre la technique conventionnelle, un complément d'épreuve, l'honoraire de l'examen est majoré de 15 % **MOD 076**

RÈGLE 1.3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER

Lorsque l'examen est pratiqué en comparant les données de l'épreuve et celles d'un enregistrement électronique, l'honoraire de l'examen est majoré de 15 % **MOD 077**

RÈGLE 1.4 DU PRÉAMBULE PARTICULIER

Lorsque les examens sont pratiqués chez un enfant de 8 ans ou moins, le taux est majoré de 25 % **MOD 078**

RÈGLE 1.5 DU PRÉAMBULE PARTICULIER

Lorsque le médecin est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, le taux est établi au 2/3 du tarif de l'examen **MOD 079**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**RÈGLE 3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER**

Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative **MOD 074**

RÈGLES 7.1, 8.1, 10.1, 11.1 ET 17 DU PRÉAMBULE PARTICULIER

Présence d'informations dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée **MOD 009**

ANGIORADIOLOGIE (TECHNIQUE)

Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans **MOD 066**

TARIF

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

En établissement. **MOD 021**
En cabinet. **MOD 008**

ULTRASONOGRAPHIE**RÈGLE 3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER**

Présence d'informations dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée. **MOD 009**

RÈGLE 4 DU PRÉAMBULE PARTICULIER

L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure. **MOD 051**
Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent, utiliser **MOD 038**

ANNEXE II (Suite)**AUTRES SITUATIONS**

Sites anatomiques différents	MOD 093
Séances différentes.	MOD 094
Sites anatomiques différents et séances différentes	MOD 095

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 009-093)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 080) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
009 - 051	038	0,50
009 - 093	080	1,00
009 - 094	081	1,00
093 - 094	095	1,00
Autres combinaisons	099	à calculer

ANNEXE III**LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION :**

- A** : Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- N** : Demande d'honoraire additionnel.

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « A » ainsi que les autres situations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

3.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

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

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

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

3.7 Calendrier de paiement (2010)



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

2010

JANVIER *19

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

FÉVRIER *20

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

MARS *23

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

AVRIL *20

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

MAI *20

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

JUIN *21

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

JUILLET *21

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

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	1	2	3	4	5	6
(33)	7	8	9	10	11	12
(34)	13	14	15	16	17	18
(35)	19	20	21	22	23	24
(36)	25	26	27	28	29	30
(37)	31					

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				1	2	3
(37)	4	5	6	7	8	9
(38)	10	11	12	13	14	15
(39)	16	17	18	19	20	21
(40)	22	23	24	25	26	27
(41)	28	29	30	31		

OCTOBRE *20

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

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)	1	2	3	4	5	6
(46)	7	8	9	10	11	12
(47)	13	14	15	16	17	18
(48)	19	20	21	22	23	24
(49)	25	26	27	28	29	30
(50)	31					

DÉCEMBRE *19

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

7095_202_09/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

Calendrier de paiement (2011)



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

2011

JANVIER *19

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)		32	33	34	35	36
	6	7	8	9	10	11
(7)	6	7	8	9	10	11
(8)	13	14	15	16	17	18
(9)	20	21	22	23	24	25
(10)	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)		60	61	62	63	64
	6	7	8	9	10	11
(11)	6	7	8	9	10	11
(12)	13	14	15	16	17	18
(13)	20	21	22	23	24	25
(14)	27	28	29	30	31	

AVRIL *19

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

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)		122	123	124	125	126
	1	2	3	4	5	6
(20)	8	9	10	11	12	13
(21)	15	16	17	18	19	20
(22)	22	23	24	25	26	27
(23)	29	30	31			

JUIN *21

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

JUILLET *20

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

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)		213	214	215	216	218
	1	2	3	4	5	6
(33)	7	8	9	10	11	12
(34)	14	15	16	17	18	19
(35)	21	22	23	24	25	26
(36)	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *21

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

OCTOBRE *20

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

NOVEMBRE *22

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

DÉCEMBRE *18

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

7095 282 09/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

3.8 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS

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

- 342** La période de facturation ne doit pas excéder vingt-huit jours.
- 343** La période de facturation chevauche deux années. Refacturer cette période en utilisant une demande de paiement pour la fin de l'année et une autre pour le début de l'année suivante.
- 345** La période de facturation chevauche un nouvel amendement ou une nouvelle entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation avant et après la date de l'amendement ou de l'entente.
- 346** Cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence. (Voir le préambule particulier d'ultrasonographie, règle 4.1 - tarif des services de laboratoire).
- 347** Cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel. (Voir le préambule particulier d'ultrasonographie, règle 4.1 - tarif des services de laboratoire).
- 348** Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence. (Voir le préambule particulier de la radiologie diagnostique, règle 15.2 - tarif des services de laboratoire).
- 350** L'acte réclamé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- # **360** Le code d'acte est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 362** L'acte effectué doit être réclamé par l'entremise du code indiqué en référence.
- 364** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la période de facturation.
- # **365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur ou la demande de paiement a été rédigée sur un formulaire inadéquat.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Vous ne pouvez réclamer ce code d'acte dans le cadre de cette discipline.
- 368** Cet acte n'est payable que sous les codes d'acte existant à l'Annexe V «Tarif des actes médicaux» de votre Entente (Manuel des omnipraticiens).
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 381** Conformément aux dispositions relatives au programme de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle.
- 392** Conformément au maximum prévu au libellé ou à la note relative à cet acte.
- 393** Conformément au maximum prévu au libellé ou à la note relative à cet acte, lequel a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395** Les services ont été fournis avant l'entrée en vigueur de l'entente ou de l'amendement pertinent.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 399** Le service pour lequel vous demandez paiement est non négocié. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour ce service conformément aux directives figurant dans votre manuel à la section 2.2.4 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».
- 401** Le service est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 405** Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services de laboratoire en établissement.
- 406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 410** 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 indiqués.
- 411** Le temps d'attente pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 415** Service(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

- 417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 426** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est dépassé.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- # **435** Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement en fonction de la distance unidirectionnelle est dépassé. Votre demande a été modifiée 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.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- # **441** Le nombre d'heures de déplacement est absent, illisible ou erroné.
- 444** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 479** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 567** Cet acte ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte a été accompli.
- 575** Selon les renseignements fournis, les honoraires ont été modifiés suite à l'application de plus d'un modificateur.
- 591** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de la médecine nucléaire, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour paiement.
- # **592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé est absent, illisible ou erroné sur la demande de paiement.
- 593** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de la médecine nucléaire, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire endocrinien ou urinaire.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Faute de renseignements requis, les honoraires demandés à la ligne indiquée par le numéro de séquence ne peuvent être appréciés.
- 613** En fonction des renseignements fournis, les honoraires ont été ajustés compte tenu que le forfait de l'urgence est un honoraire global.

- # 615 Le montant des honoraires est absent ou illisible sur la demande de paiement.
- 617 Vous ne pouvez recevoir paiement, étant lié à cet établissement par un contrat particulier.(Réf.: Règle 3.1 du préambule particulier d'hématologie)
- 622 Selon l'article 1.10 du préambule particulier d'anatomo-pathologie.
- 625 Conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 630 L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.
- 638 La majoration d'honoraires pour un examen d'urgence (modificateur 014) est payable seulement dans les centres hospitaliers de courte durée.
- 650 Demande de paiement soumise à une appréciation particulière.
- 651 En raison d'un défaut de complètement.
- 665 Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 678 Selon l'article 1 de la première Lettre d'entente signée le 4 novembre 1976.
- 679 Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680 Consécutivement à une appréciation particulière.
- 683 Conformément au tarif et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686 Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687 Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690 Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701 Nombre de kilomètres non inscrit.
- 702 Pièces justificatives manquantes.
- 703 Le formulaire «Demande de remboursement des frais de déplacement» n° 1988 n'a pas été rempli.
- 704 Les honoraires ont été modifiés selon les pièces justificatives fournies.
- 705 Le montant réclamé ne correspond pas au nombre de kilomètres inscrit.
- 709 Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 de l'entente, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres.
- 710 Déplacement non acceptable.
- 714 Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 715 En fonction du nombre de kilomètres inscrit.
- 716 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- # 723 Le kilométrage inscrit sur la demande de paiement, a été modifié ou refusé en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- 729 Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 730 Les frais de déplacement sont refusés conformément à l'article 1.11 du préambule particulier d'anatomo-pathologie.
- 731 La réclamation des frais de déplacement n'est pas acceptée étant donné que les services qui les justifient ont été refusés ou sont absents. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 735 Cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.(Réf.:règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie).

- # **800** Le code d'établissement est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 805** Code d'établissement inexistant durant la période indiquée sur la demande de paiement.
- 829** Conformément à l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains C.L.S.C. et/ou à l'article 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 900** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 902** Demande de paiement non dûment signée, veuillez refacturer.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** La copie du médecin ou celle de l'établissement a été envoyée à la Régie à la place de l'exemplaire destiné à la Régie.
- 906** Données incomplètes ou illisibles.
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire n° 1549.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 931** Demande de paiement révisée.
- 932** Demande de paiement révisée à votre demande.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- # **935** Nous ne pouvons donner suite à votre demande de révision car les renseignements fournis sont incompatibles.
- # **936** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 945** Pour correspondre à la nature de votre activité professionnelle dans ce centre hospitalier (principal ou secondaire).
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

RÈGLE 3**REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

3.1 Les frais de déplacement et de séjour du médecin sont régis par les dispositions des paragraphes 30.05 et suivants de l'entente.

- # **AVIS :** *Les frais de déplacement doivent être facturés sur une **demande de paiement correspondant à des soins dispensés dans le centre hospitalier visité.** Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement, paragraphe 2.5.*

RÈGLE 4**URGENCE**

4.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin qui est appelé pour un examen d'urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'un honoraire majoré ou, si cela est plus avantageux, au forfait de l'urgence.

L'horaire de garde s'entend : en semaine, de la période comprise entre 19 heures et 7 heures; du week-end; et des jours fériés.

- + **4.2** L'honoraire majoré, pendant l'horaire de garde, est établi comme suit :
- Seul est majoré l'examen urgent pour lequel le médecin a été appelé pendant l'horaire de garde.
 - La majoration est de 46 % pour un examen pratiqué entre 19 h et 7 h;

AVIS : *Le modificateur **014** doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

- + **4.3** Pendant un horaire de garde, le forfait de l'urgence par déplacement du médecin est de 38,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2009 et de 50,85 \$ à partir du 1^{er} juillet 2010.

Ce forfait est un honoraire global : sont compris les examens urgents pour lesquels le médecin a été appelé de même que ceux qu'il a pratiqués lors de son passage au centre hospitalier.

AVIS : *Pour réclamer le forfait de l'urgence :*

- sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation n° 1606, utiliser le code d'acte 92040
- sur la Demande de paiement - Médecin n° 1200, utiliser le code d'acte 09204.

4.4 L'honoraire majoré ou, selon le cas, le forfait de l'urgence, est facturé en utilisant le formulaire habituel de demande de paiement.

On doit y annexer une note indiquant le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite et le motif de l'urgence.

AVIS : *Dans le cas d'urgence (pendant l'horaire de garde), utiliser le « Document complémentaire » pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite, ainsi que le motif de l'urgence.*

Si la demande de paiement couvre plus d'un acte, mentionner le numéro de la (des) ligne(s) visée(s) sur la demande de paiement.

S'il s'agit d'une autopsie qui a dû être pratiquée pendant l'horaire de garde, le médecin qui pratique l'autopsie indique l'heure du début de celle-ci.

RÈGLE 5**CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

5.1 Un examen dont la complexité est inhabituelle, donne droit au paiement d'un honoraire additionnel.

5.2 Une demande d'honoraire additionnel est rédigée sur un formulaire de la Régie; elle est jointe au relevé d'honoraires.

5.3 La Régie apprécie l'exigibilité d'une demande d'honoraire additionnel.

En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure prévue au chapitre VII de l'entente.

RÈGLE 6**RAPPORTS MÉDICAUX**

6.1 N'est pas considéré comme frais accessoire, l'honoraire de rédaction d'un rapport médical.

RÈGLE 7**CONSULTATION**

7.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

7.2 En radiologie diagnostique, effectuée en centre hospitalier, lorsque le médecin effectue un examen chez un patient dont il est le médecin traitant, l'interprétation radiologique que le médecin consigne au dossier médical du patient est réputée constituer un rapport au sens du paragraphe 7.1 ci-dessus.

AVIS : *Voir Règle 18.1 du préambule particulier Radiologie diagnostique, onglet G.*