



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

MISE À JOUR : 25

Novembre 2015

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

CHANGEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- INTRODUCTION

- Modification administrative

Page : [2](#)

- TABLE DES MATIÈRES

- Mise à jour

Page : [1](#)

- RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives

Pages : [1](#) à 14

- PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages 248, 327, 432, 483, 485, 717 et 907
- Modification des messages 341, 348, 410, 420, 428, 575 et 902
- Paragraphe 3.7 :
 - modification des calendriers des périodes de facturation et dates de paiement pour les années 2016 et 2017

Pages : [8](#) à 14

G - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modification administrative

Page : [G-8](#)

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes :
054 / 2015-06-11, 128 / 2015-09-18*

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modification ou ajout de contenu administratif
 - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
 - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
 - T : Modification du tarif
 - 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 : 978-2-550-52556-1

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



INTRODUCTION

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

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

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

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

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

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

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

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

Par télécopieur :

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

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = Mise à jour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. ENTENTE RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (<i>voir la Brochure n° 1</i>)	
2. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	1
DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	
AVANT-PROPOS	1
2.0 DEMANDE DE PAIEMENT	1
# 2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE (<i>formulaire 1606</i>)	3
2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
# 2.2.1 Section 1 Numéro de contrôle externe	5
# 2.2.2 Section 2 Période de dispensation des services	5
# 2.2.3 Section 3 Identité du médecin ayant fourni les services assurés	5
# 2.2.4 Section 4 Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis	5
# 2.2.5 Section 5 Facturation des actes et considération spéciale	7
# 2.2.6 Section 6 Signature du médecin et attestation de l'établissement	8
2.3 EXPÉDITION	8
# 2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (<i>formulaire 1944</i>)	9
# 2.5 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (<i>formulaire 1988</i>)	11
# 2.5.1 Description du formulaire	12
# ANNEXE I : Liste des codes de discipline	15
# ANNEXE II : Liste des modificateurs	15
# ANNEXE III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	16
3. PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS	
3.1 MODE DE PAIEMENT	1
3.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
3.3 ÉTAT DE COMPTE	2
3.3.1 Description	3
3.3.1.1 Renseignements généraux	3
3.3.1.2 Sommaire	3
3.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction	5
3.3.2 Vérification des paiements	5
3.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
3.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
3.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
3.4.3 Paiement refusé en partie	5
3.4.4 Paiement refusé en totalité	6
3.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	6
3.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	7
3.7 CALENDRIERS DE PAIEMENT	8
3.8 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS	10

	<i>Page</i>
4. DISPOSITIONS TARIFAIRES (tableaux des honoraires)	
PRÉAMBULE.....	1
PRÉAMBULES PARTICULIERS :	
ANATOMO-PATHOLOGIE.....	A-1
BIOCHIMIE.....	B-1
ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE.....	C-1
HÉMATOLOGIE.....	D-1
MÉDECINE NUCLÉAIRE.....	E-1
MICROBIOLOGIE.....	F-1
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	G-1
ULTRASONOGRAPHIE.....	J-1
ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE.....	K-1

2. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

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

AVANT-PROPOS

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

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

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

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

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

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

2.0 DEMANDE DE PAIEMENT (1606)

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

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

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

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

- # Pour imprimer des exemplaires de ce formulaire, consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, dans la section *Formulaires* de votre catégorie de professionnels. Le formulaire peut être rempli et imprimé en cliquant sur le lien disponible. Les coordonnées pour le transmettre sont précisées à la page 2 de ce manuel.

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

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

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

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1606)



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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE
1

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE
ANNÉE MOIS JOUR 2 ANNÉE MOIS JOUR
DU AU

PROFESSIONNEL
PRÉNOM 3 NOM NUMÉRO DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE CODE DE LA SPÉCIALITÉ

ÉTABLISSEMENT
NOM 4 NUMÉRO DÉPARTEMENT OU SERVICE À L'USAGE DE LA RÉGIE

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
JE CERTIFIE AVOIR RENDU LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS
DATE ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE DU MÉDECIN 6

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
DATE ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT 6

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.

1606 292 15/04

2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE (6 sections)

1. Numéro de contrôle externe;
2. Période de dispensation des services;
3. Identité du médecin ayant fourni les services assurés;
4. Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis;
5. Facturation des actes et considération spéciale;
6. Signature du médecin et du signataire autorisé pour 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. Ce numéro paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Exemple (sections 1 à 4)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: 1 0 0 2

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR
DU AA 05 05 AU AA 05 18

PROFESSIONNEL
PRENOM: Roland NOM: Untel
NUMÉRO DU PROFESSIONNEL: 1897353 N° DU GROUPE: CODE DE LA SPÉCIALITÉ: 29

ÉTABLISSEMENT
NOM: Hôpital de la Vallée NUMÉRO: 78365 DÉPARTEMENT OU SERVICE: Radiologie diagnostique
À L'USAGE DE LA RÉGIE

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
JE CERTIFIE AVOIR RENDU LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS
DATE: ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE DU MÉDECIN

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

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.

1606 292 15/04

**# 2.2.1 Section 1
Numéro de contrôle externe**

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

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

**# 2.2.2 Section 2
Période de dispensation des services**

Les dates inscrites dans cette section délimitent **la période durant laquelle les services assurés ont été rendus**. La période de dispensation des services ne doit pas excéder quatre semaines.

Lorsque l'entrée en fonction intervient au cours d'une de ces périodes, inscrire la date d'entrée en fonction comme date de début de la période.

Lorsque la période de facturation **chevauche deux années civiles**, il est important que la facturation soit réclamée sur deux demandes de paiement distinctes en respectant la période correspondant à chacune des deux années concernées (année civile qui se termine et nouvelle année).

**# 2.2.3 Section 3
Identité du médecin ayant fourni les services assurés**

Cette identité comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel au complet;
- le nom de famille au complet;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à ce compte administratif, selon les dispositions de l'entente en vigueur;
- le code de la discipline (spécialité) correspondant aux actes facturés. La liste des codes de disciplines à inscrire dans cette case, figure à l'ANNEXE I, à la fin du présent onglet.

**# 2.2.4 Section 4
Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis**

Inscrire dans cette section :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres) tel qu'inscrit sur la lettre de confirmation de la Régie.
- le nom du service (ex. : radiologie diagnostique, anatomo-pathologie, etc.)

2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)

Exemple (sections 5 et 6)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: _____

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE: ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR
DU _____ AU _____

PROFESSIONNEL: PRÉNOM _____ NOM _____ NUMÉRO DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____ CODE DE LA SPÉCIALITÉ _____

ÉTABLISSEMENT: NOM _____ NUMÉRO _____ DÉPARTEMENT OU SERVICE _____ À L'USAGE DE LA RÉGIE _____

SPÉCIMEN

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1	8010		1	4,68	4 68	
2	8013		1	6,65	6 65	
3	8124		3	6,55	19 65	
4	8030		2	5,50	11 00	
5	8011		2	4,25	8 50	
6	8034		10	1,20	12 00	
7	8060		2	3,40	6 80	
8	8063		2	3,40	6 80	
9	8066		2	3,40	6 80	
10	8083		4	3,40	13 60	
11	8090		5	2,30	11 50	
12	8100		10	4,00	40 00	
13	8154		1	15,42	15 42	
14	8270		1	15,50	15 50	
15	8271		2	31,00	62 00	
16	8272		4	46,50	186 00	
17	8149		1	14,07	14 07	
18	8160		2	22,94	45 88	
19	8102		3	8,00	24 00	
20	8151		2	8,00	16 00	
			TOTAL		526 85	

C.S. TOTAL

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
JE CERTIFIE AVOIR RENDU LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

DATE: ANNÉE MOIS JOUR
A | A | 0 | 5 | 1 | 8

SIGNATURE DU MÉDECIN: *R. Untel*

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

DATE: ANNÉE MOIS JOUR
A | A | 0 | 5 | 1 | 8

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT: *Paul Untel*

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.

1606 292 15/04

2.2.5 Section 5 Facturation des actes et considération spéciale

Facturation des actes

Tous les actes pour lesquels le médecin demande des honoraires doivent être inscrits dans cette section. Il ne faut pas inscrire plus de 20 codes d'acte par demande de paiement. Pour chaque acte, il faut donner les renseignements suivants :

- le code de l'acte correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- le modificateur (3 chiffres). La liste des modificateurs figure à l'annexe II sous le présent onglet;

Remarque : Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre « **Modificateurs multiples** » de l'annexe II.

- le nombre de fois que le même code d'acte est facturé;
- le tarif correspondant au prix unitaire du code d'acte (100 %);
- le montant réclamé compte tenu des renseignements fournis dans les colonnes précédentes. Ce montant doit correspondre soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas;
- le total des actes facturés sous *Nombre d'actes* et le total des montants facturés au bas de la colonne *Montant*.

Remarque : Les actes non tarifés doivent être inscrits séparément sur une demande de paiement distincte.

Considération spéciale

Mettre un « **N** » dans la case C.S. pour toute situation nécessitant une appréciation particulière.

Facturation d'un service médical non tarifé :

- inscrire le code d'acte **09990**;
- inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;
- ne pas inscrire d'honoraires;
- inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S.;
- fournir une copie de la note clinique;
- fournir une description détaillée du service médical rendu ou toute littérature scientifique pertinente;
- facturer cet acte seul sur la demande de paiement.

Remarque : Dans tous ces cas, joindre un document complémentaire à la demande de paiement (voir section 2.4).

Facturation d'actes radiologiques ou d'électrocardiogrammes dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :

- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- inscrire les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire où l'interprétation a été faite;
- inscrire le numéro d'établissement ou de la localité où l'interprétation a été effectuée (joindre un document complémentaire à la demande de paiement).
- inscrire le nom de l'établissement où la technique a été réalisée sur une des lignes prévues pour la facturation.

Remarque : - Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), se référer aux sections 3.4 et 3.5 sous l'onglet *Paiement*
- *Messages explicatifs*.

- Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.
- La signification des lettres s'appliquant à la case C.S. figure à l'annexe III, sous le présent onglet.

**# 2.2.6 Section 6
Signature du médecin et attestation de l'établissement**

Signature du médecin et date

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom figure à la partie supérieure ou par une personne dûment mandatée en conformité avec le paragraphe 1 de l'article 10 du *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie*. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Attestation de l'établissement et date

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

2.3 EXPÉDITION

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

Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour le document :

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

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

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

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (formulaire 1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ 1	N° DU PROFESSIONNEL 2	NUMÉRO DU GROUPE 3	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT 4
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE 5	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE 6		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 7

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

8

SPÉCIMEN

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 292 15/04

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (suite)

Remplir le formulaire de la façon suivante :

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :

Inscrire le prénom au complet et le nom au complet du médecin qui a fourni les services;

2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL :

Inscrire le numéro du médecin attribué par la Régie;

3. NUMÉRO DU GROUPE :

Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à ce compte administratif, selon les dispositions de l'entente en vigueur;

4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :

Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;

5 et 6. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE et NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

Ne rien inscrire;

7. DATE DU SERVICE :

Inscrire le premier et le dernier jour de la période correspondante de dispensation des services;

8. PARTIE RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :

Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par le médecin lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement;

Ce document ne doit pas être utilisé comme demande de paiement ou demande de révision ou d'explications, mais uniquement comme **un complément à une demande de paiement** à laquelle il doit être annexé par un trombone (**ne pas agraffer**).

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



DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

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

Professionnel

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

Déplacement

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

VOTRE PROFESSION

Dentiste

Médecin omnipraticien

Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

Acte

Honoraires forfaitaires

Rémunération mixte

SLE

Tarif horaire

Vacation

Frais de déplacement

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

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

MOYENS DE TRANSPORT					MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
ANNÉE	DATE MOIS	JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS		
			Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	TAUX	
				X		
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.					MONTANT TOTAL DES FRAIS	

SPÉCIMEN

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

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

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

À L'USAGE DE LA RÉGIE

2.5.1 Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (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. PROFESSION ET MODE DE RÉMUNÉRATION : indiquer votre profession et spécifier votre mode de rémunération;
- # 3. DÉPLACEMENT : inscrire le code postal du lieu de départ, la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée à destination, le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro.
Ces renseignements sont obligatoires.

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 1606 se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **99920**. 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. Reporter le montant total associé au moyen de transport sur la demande de paiement 1606 se rapportant à ce déplacement en utilisant le code d'acte **99910** pour les moyens de transport autres que le véhicule personnel (**99900**).
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 copie de la demande de paiement correspondante, à l'adresse suivante :

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

Vous devez respecter les normes de qualité d'impression suivantes pour le document :

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

- # **Remarque :** Veuillez vous référer à la rubrique *Frais de déplacement* disponible sur le site Web de la Régie (onglet *Facturation*) 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 1988 dûment rempli.

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

Conserver l'original¹ de chacune des pièces justificatives (pendant cinq ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une copie du formulaire 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 (1200) pour facturer vos services à l'acte, vous devez inscrire vos frais de déplacement (transport et temps). Veuillez vous référer à la rubrique Frais de déplacement sur le site Web de la Régie (onglet Facturation) ou à la section 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 (1606) :

- remplir le formulaire 1988, s'il y a lieu, de la façon habituelle (voir 2.5.1 ou la rubrique Frais de déplacement sur le site Web à l'onglet Facturation);

- suivre les instructions suivantes pour le formulaire 1606 :

A) Frais de transport :

- **véhicule personnel 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 facturé dans la case MONTANT;

- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;

- **préciser le code postal de votre lieu de départ sur le formulaire;**

- **ne pas utiliser le formulaire** Demande de remboursement des frais de déplacement (1988);

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

- **autres moyens de transport** (en plus ou non, de votre véhicule personnel) :

- remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) en y précisant le détail des dépenses effectuées;

- utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement;

- sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (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 (pour une demande de paiement Web, inscrire dans la case TARIF), tel que calculé sur le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (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 (1988) pour une indemnité totale de plus de 499,99 \$;

- joindre le tout à la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (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.

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 (1988) pour réclamer votre temps de déplacement;

- sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (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 du déplacement dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur (réf. : Brochure n° 1, annexe XIV, partie II - Dispositions tarifaires) 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 (voiture personnelle, automobile louée ou taxi) 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 - Rémunération à l'acte (1606)*.

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 (2016)



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

2016

JANVIER ^{*19}							FÉVRIER ^{*21}							MARS ^{*21}									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(2)					1	2	(7)	32	●	34	35	36	37	(11)		●	62	63	64	65			
(3)	4	●	6	7	8	9	(8)	39	40	41	42	▼	44	(12)	67	68	69	70	▼	72			
(4)	10	11	12	13	14	15	16	(9)	7	8	9	10	11	12	13	(13)	74	●	76	77	78	79	
(5)	17	18	19	20	21	22	23	(10)	14	15	16	17	18	19	20	(14)	81	82	83	84	▼	86	
(6)	24	25	26	27	28	▼	30	(11)	21	22	23	24	25	26	27	(15)	20	21	22	23	24	25	26
31	25	26	27	28	29	30		28	29						27	28	29	30	31				

AVRIL ^{*21}							MAI ^{*21}							JUIN ^{*21}									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(15)					92	93	(20)	123	124	125	126	▼	128	(24)			153	154	▼	156			
(16)	95	96	97	98	▼	100	(21)	1	2	3	4	5	6	7	(25)	158	●	160	161	162	163		
(17)	10	11	12	13	14	15	16	(22)	8	9	10	11	12	13	14	(26)	5	6	7	8	9	10	11
(18)	17	18	19	20	21	22	23	(23)	15	16	17	18	19	20	21	(27)	12	13	14	15	16	17	18
(19)	24	25	26	27	28	29	30	(24)	22	23	24	25	26	27	28	(28)	19	20	21	22	23	24	25
								29	30	31					26	27	28	29	30				

JUILLET ^{*20}							AOÛT ^{*23}							SEPTEMBRE ^{*21}									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(28)					1	2	(33)	214	●	216	217	218	219	(37)				245	246	247			
(29)	3	4	5	6	7	8	9	(34)	7	8	9	10	11	12	13	(38)	4	5	6	7	8	9	10
(30)	10	11	12	13	14	15	16	(35)	14	15	16	17	18	19	20	(39)	11	12	13	14	15	16	17
(31)	17	18	19	20	21	22	23	(36)	21	22	23	24	25	26	27	(40)	18	19	20	21	22	23	24
(32)	24	25	26	27	28	29	30	(37)	28	29	30	31			(41)	25	26	27	28	29	30		

OCTOBRE ^{*20}							NOVEMBRE ^{*22}							DÉCEMBRE ^{*18}									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(41)						1	(46)		306	307	308	▼	310	(50)					336	▼	338		
(42)	2	3	4	5	6	7	8	(47)	6	7	8	9	10	11	12	(51)	4	5	6	7	8	9	10
(43)	9	10	11	12	13	14	15	(48)	13	14	15	16	17	18	19	(52)	11	12	13	14	15	16	17
(44)	16	17	18	19	20	21	22	(49)	20	21	22	23	24	25	26	(53)	18	19	20	21	22	23	24
(45)	23	24	25	26	27	28	29	(50)	27	28	29	30			(54)	25	26	27	28	29	30	31	

7095 202 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

Calendrier de paiement (2017)



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)			1	2	3	4
(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)						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)				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)						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)		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)					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)			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 1508

() = 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.
- # **248** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 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.
- # **327** La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération en fonction de l'application du programme de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 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 2.2.1 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, sans indications cliniques, 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, s'il y a lieu, doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.
- 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.

- 412** La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère personnel ou nolisé.
- 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** Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée, s'il y a lieu, présente dans l'outil Google Maps.
- 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** Le kilométrage effectué avec le véhicule loué n'est pas remboursable par la Régie.
- 429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- # **432** La qualité d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 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 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.
- 442** La réclamation des frais de kilomètre n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (99920) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 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.
- # **483** Les dépenses liées à l'utilisation de votre véhicule personnel 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.
- 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 à la suite de 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** 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.
- 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* (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.
- # **717** 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.
- 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'ultra-sonographie).
- 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 CLSC 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 ou document non dûment signé, veuillez refacter.
- 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.
- # **907** La qualité ou le format d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire 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.

		L R = 7	C R = 1
ÉTUDES DU SQUELETTE			
8092	Étude du squelette pour âge osseux		
	une (1) région (main)	15,80	7,20
8093	deux (2) régions (main et autres)	28,25	8,45
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique)		
	par incidence ou région		
8280	huit (8) incidences ou moins	62,80	11,60
8281	neuf (9) ou dix (10) incidences	67,65	20,30
8282	onze (11) incidences ou plus	86,40	22,40
THORAX			
8100	Poumons	22,90	5,25
8108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	52,95	10,55
	Larynx, études spéciales		
8113	phonation	27,80	4,60
	Hémithorax (côtes)		
8115	deux (2) incidences ou plus	18,95	4,35
8117	Sternum	19,90	4,75
	Lecteur B		
9943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,70
<u>AVIS</u> : Cet acte doit être facturé sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606). Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.			
ABDOMEN			
	Abdomen		
8150	simple	15,80	4,15
8152	deux (2) incidences ou plus	24,75	5,70
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)			
8132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	35,85	18,70
8133	étude du pharynx et de l'oesophage	35,85	18,70
8148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de 5 ans)	33,40	28,10
8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	33,85	9,05
	Tube digestif supérieur		
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	66,25	17,45
8153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de 5 ans)	61,65	30,90
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	71,40	24,05
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	93,70	27,75
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	95,70	28,90

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

		L R = 7	C R = 1
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	43,65	17,20
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle.	79,40	47,65
8149	Colon, lavement baryté simple contraste.	69,00	15,95
8179	pour réduction d'intussusception.	62,35	93,75
8160	double contraste, comprend au moins cinq (5) films pleine grandeur de l'abdomen.	90,45	26,00
8161	Cholécystographie orale		3,60
8171	Cholangiographie par tube en T, incluant injection	28,95	12,60
8163	peropératoire		6,45
8165	par infusion intraveineuse, incluant injection	41,30	18,70
8180	Pancréatographie peropératoire		12,50
8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie.	29,95	12,50

VOIES GÉNITO-URINAIRES

8181	Pyélographie i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels	69,05	23,15
8186	rétrograde ou antégrade per-cutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	42,90	6,45
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant.	33,85	5,70
8190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant.	55,00	11,35
8196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de 5 ans)	51,25	20,00
8189	Vasographie - Déférentographie	21,15	4,60
8191	Kystographie rénale	12,85	3,50
8198	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie.	43,65	7,85

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	14,05	3,50
8193	Pelvimétrie.	21,85	8,55
8197	Hystérosalpingographie, incluant scopie.	44,30	10,50

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

8102	Thorax	32,65	9,05
8151	Abdomen	32,65	9,05
8121	Squelette.	32,65	9,05
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
8270	premier quart d'heure	13,95	17,50
8271	deux quarts d'heure	25,45	35,20
8272	trois quarts d'heure	38,15	52,70
8273	une heure ou plus	50,85	70,30

AVIS : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS ou dans la case NOMBRE D'ACTES, selon le formulaire utilisé.

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