

**g) Service professionnel à la demande du coroner :**

- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;
- de plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 l'identité de la personne assurée les coordonnées suivantes :
  - nom de famille : **DO**
  - prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
  - date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**
  - sexe : **M** ou **F**

**# h) Le demandeur d'asile est résidant au Québec et est admissible au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) selon les modalités détaillées dans la rubrique Services médicaux rendus aux demandeurs d'asile (PFSI), sous l'onglet Facturation sur le site de la Régie au [www.rmqg.qouv.qc.ca](http://www.rmqg.qouv.qc.ca).**

- inscrire tous les éléments de l'identité de la personne admissible (prénom et nom complet, date de naissance et sexe)
- dans tous les cas, inscrire « Demandeur d'asile (DDA) » ou « certificat d'admissibilité de PFSI (CA) » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

**2- Dans tous les autres cas :**

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie de la *Demande de remboursement à la personne assurée (1800)* qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie. (Voir section 4.4)

**4.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS**

The image shows a form titled 'DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN' from the Régie de l'assurance maladie Québec. The form is divided into several sections:
 

- PATIENT:** Fields for name, address, date of birth, and sex.
- MÉDECIN:** Fields for name, number (1811291), and group (UNTEL).
- DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES:** A grid for recording medical services.
- INITIALE:** Field for the doctor's initial.
- DATE DE SORTIE:** Field for the date of service.

 A large 'SPÉCIMEN' watermark is overlaid on the form, and the text 'EXEMPLAIRE DU MÉDECIN' is visible at the bottom.

- INITIALE : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- GROUPE ; le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres**<sup>1)</sup> est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un médecin de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

**4.6.3 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
- C :** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie, dans les cas suivants :
- âgée de moins d'un an;
  - admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;
  - âgée de plus de 14 ans, mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au décal de carence, dans les cas suivants :
- personne assurée requérant des soins urgents;
  - à la suite d'une ordonnance du tribunal (actes 98005, 98006, 98007 et 98012);
  - s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée;
  - demandeur d'asile admissible au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) et résidant au Québec.
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité ou en période de disponibilité selon les modalités de l'annexe XXIII, lorsque rémunérés à l'acte, et ce, tel que spécifié à l'Entente, notamment dans certains accords et ententes particulières.
- F :** Services rendus par un médecin ayant adhéré au mode de rémunération mixte avec honoraires fixes, qui choisit d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte (annexe XXIII, paragraphe 2.15), à l'une des conditions suivantes :
- que le médecin soit rémunéré à honoraires fixes à 35 heures par semaine et que les 35 premières heures par semaine soient complétées;
  - que le médecin soit rémunéré à honoraires fixes à 35 heures par semaine et que les 35 premières heures par semaine soient complétées et qu'il ait cumulé un minimum de 220 heures additionnelles durant l'année civile selon les dispositions du paragraphe 15.01 b) de l'Entente.
- G :** Services payables à 100 % dans les situations suivantes :
- Nouveau-né :**
- Soins immédiatement requis auprès du nouveau-né lorsque son état de santé change entre le jour de sa naissance et un jour subséquent (voir l'article 2.4.3 du préambule général).
- Unité de soins coronariens ou intensifs :**
- En sus du montant du forfait, notamment pour les soins rendus exceptionnellement par un autre médecin que celui qui a la charge du patient à l'unité de soins coronariens ou intensifs, et ce, pour des raisons urgentes et en cas d'absence temporaire du médecin. (Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, articles 4.05 et 5.05 c))

## 4.6.5 ANNEXE V - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

## 4.6.5.1 Rémunération à l'acte (frais de transport et temps de déplacement)

**NOTE :** Nous vous invitons à consulter notre rubrique Internet *Frais de déplacement*. Vous y trouverez des exemples, des précisions utiles reliées au type de moyen de transport utilisé, etc.

## a) Frais de transport

Ceux-ci doivent être facturés sur une demande de paiement identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins.

## 1. Utilisation du véhicule personnel (sans autre moyen de transport) :

- Remplir la *Demande de paiement - Médecin* (1200) de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);
- indiquer dans la case *DISTANCE*, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle).

**Remarque :** S'il s'agit d'un déplacement à domicile ou à l'hôpital pour un accouchement ou une césarienne, ou en tout lieu pour l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, veuillez réduire la distance unidirectionnelle des 8 premiers kilomètres (réf. : P.G. 242);

- inscrire le montant correspondant à l'indemnité de déplacement calculée à raison de 0,86 \$<sup>(1)</sup> le kilomètre dans la case *HONORAIRES*;
- **Toujours** préciser le code postal du lieu de départ dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.
- le formulaire 1988 n'est pas obligatoire; toutefois, il peut être rempli lorsqu'une description détaillée est requise;

**Remarque :** Reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

## 2. Moyen de transport autre que le véhicule personnel :

- remplir la *Demande de paiement - Médecin* (1200) de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);
- inscrire le code **09991** dans la section *Actes*, préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988);
- remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) en y précisant le détail de toutes les dépenses encourues, en identifiant « omnipraticien », en cochant *Acte* comme mode de rémunération et inscrire dans la case prévue à cette fin, le numéro de la *Demande de paiement - Médecin* (1200) visée par le déplacement;
- attacher au formulaire 1988 les pièces justificatives originales (reçus, billets, etc.). Joindre le tout au formulaire 1200 **lorsque requis** (voir 4.6.5.2 b). 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 contenant les renseignements relatifs au 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/secrétariat/frais-deplacement.pdf>

## + 7) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis pour des soins psychiatriques. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient admis pour des soins psychiatriques lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

# AVIS : Voir les codes d'acte **08966**, **08967** et **08968** sous l'onglet B.

# AVIS : - Inscire le NAM réel de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Inscire le modificateur 094 ou un de ses multiples pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services facturés, et ce, au cours de la même période. L'utilisation du modificateur 094 ou un de ses multiples est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.

## 2.2.7 Examen médical (assaut sexuel) :

Il s'agit de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel et de la rédaction du formulaire.

Dans le cas où la rédaction du formulaire n'est pas requise, l'examen d'un patient présumément victime d'assaut sexuel n'est facturé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'examen.

Constat médico-légal (assaut sexuel) :

Le constat médico-légal se compose de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, des procédures nécessaires au constat médico-légal et de la rédaction du formulaire.

## 2.2.7 A Forfait de déplacement (assaut sexuel)

Le médecin qui se déplace pour effectuer l'examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel et, s'il y a lieu compléter le constat médico-légal ou rédiger le formulaire, est compensé pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : Voir les codes d'acte **19080**, **19081** et **19082** sous l'onglet B.

## 2.2.8 Examen externe d'un cadavre :

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour l'examen externe d'un cadavre effectué à la demande d'un coroner, incluant la rédaction du rapport à l'intention du coroner.

Dans un centre accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le médecin qui procède à distance à l'évaluation clinique d'un patient décédé peut se prévaloir de la rémunération prévue pour la constatation de décès à distance. Il doit alors, s'il dresse également le constat de décès, autoriser le transport de la dépouille vers un salon mortuaire ou la morgue du coroner, et transmettre le constat de décès au directeur funéraire ou au bureau du coroner, selon le cas. Dans le cas où il ne dresse pas le constat de décès, il doit diriger le patient vers un service d'urgence. Dans tous les cas, il doit faire une note au dossier conservé par le centre. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le technicien ambulancier et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt. Dans le cas où l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

Lorsque le décès a été constaté, sur place ou à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut de plus se prévaloir de la rémunération prévue pour ce service. Si c'est le médecin qui a constaté à distance le décès qui complète le bulletin de décès, il peut se prévaloir de la rémunération prévue dans la mesure où il transmet une copie du bulletin de décès au directeur funéraire.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15264** sous l'onglet B.

#### 2.4.1.1 Rédaction du bulletin de décès

Le médecin qui complète le bulletin de décès en y indiquant les informations prévues au formulaire, telles les causes du décès, s'il y a eu autopsie, si des radio-isotopes étaient présents dans le cadre du décès, s'il s'agissait d'une grossesse ou d'une complication de grossesse, s'il y a des signes de violence et s'il y a présence d'une maladie à déclaration obligatoire, peut se prévaloir du tarif du bulletin de décès.

Aucun examen ou visite ne peut être réclamé aux fins de la rédaction du bulletin de décès, mis à part l'examen externe d'un cadavre à la demande du coroner, l'autopsie ou la constatation de décès, selon le cas.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15265** sous l'onglet B.

#### 2.4.2 Frais de kilométrage

Une indemnité de kilométrage est prévue pour le médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital, dans ce dernier cas pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne. La distance se mesure à compter de huit (8) kilomètres des limites de la ville ou du village où le médecin exerce, y compris tout point extérieur consistant en un cabinet secondaire où le médecin exerce régulièrement sa profession, et se calcule dans un sens seulement.

**AVIS :** Inscrire dans la case DISTANCE le déplacement effectué, diminué des huit premiers kilomètres. Voir « Frais de kilométrage », sous l'onglet B.

Une indemnité de kilométrage pour une distance de plus de soixante (60) kilomètres, à l'exclusion toutefois de l'indemnité prévue à l'alinéa précédent à l'intention du médecin qui se rend à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne, fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

Le médecin qui effectue, avec déplacement, l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, peut aussi se prévaloir de cette mesure

#### 2.4.3 Nouveau-né en santé

Un montant forfaitaire quotidien est payable le jour de la naissance et les deux (2) jours suivants pour l'ensemble des services médicaux dispensés, en centre hospitalier, à un nouveau-né en santé. Il comprend tous les examens dispensés ou interventions effectuées ainsi que les recommandations à l'un des parents et remplace la rémunération qui serait autrement payable pour ces services

## INDEX

	<i>Page</i>
<b>B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE</b>	
TABLEAUX .....	<b>B-2</b>
# Consultation ( <i>patients de moins de 70 ans</i> ) .....	<b>B-10</b>
# Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans .....	<b>B-11</b>
# Examen ( <i>patients de moins de 70 ans</i> ) .....	<b>B-12</b>
# Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ( <i>patients de moins de 70 ans</i> ) .....	<b>B-13</b>
# Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus .....	<b>B-15</b>
# Examen du personnel d'un établissement .....	<b>B-20</b>
# Examen d'évaluation médicale ( <i>Patient en perte d'autonomie</i> ) .....	<b>B-20</b>
# Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel et forfait de déplacement .....	<b>B-21</b>
# Services reliés à l'examen d'un enfant (moins de 18 ans) suivant la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> .....	<b>B-22</b>
# Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner .....	<b>B-23</b>
# Intervention clinique (individuelle ou collective) .....	<b>B-26</b>
# Psychothérapie (individuelle ou collective) .....	<b>B-27</b>
# Constatation de décès .....	<b>B-28</b>
# Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus .....	<b>B-28</b>
# Nouveau-né en santé .....	<b>B-28</b>
# Frais de kilométrage .....	<b>B-28</b>
# Surveillance .....	<b>B-29</b>
# Transfert ambulancier .....	<b>B-29</b>
# Forfait de déplacement .....	<b>B-29</b>
# Vacation .....	<b>B-30</b>
# Conseil génétique ou génique .....	<b>B-30</b>
# Éthique clinique ( <i>consultation, rencontre, entrevue</i> ) .....	<b>B-31</b>
# RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ( <i>Lettre d'entente n° 223</i> ) .....	<b>B-32</b>
# RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ( <i>annexe XIII de l'Entente</i> ) .....	<b>B-33</b>
# PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la <i>Loi sur la sécurité du revenu</i> (RLRQ, chapitre S-3.1.1) .....	<b>B-43</b>
# PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du <i>Code criminel</i> (L.R.C., (1985), ch. C-46) .....	<b>B-44</b>
# PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la <i>Loi sur le curateur public</i> .....	<b>B-45</b>
PROTOCOLE D'ACCORD Hépatite C (VHC) ( <i>voir Brochure n° 1</i> )	
PROTOCOLE D'ACCORD Cancer du sein ( <i>voir Brochure n° 1</i> )	

**C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

**Omnipraticiens**

**R = 1 R = 2**

<b>Perfusion régionale</b>			
00295	mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier		
	type infusad ou Port-a-Cath . . . . .	169,15	4
00296	exérèse de l'appareillage de perfusion continue . . . . .	77,10	3

**Ponctions (Incluant injection s'il y a lieu)**

À la demande d'un coroner, chez le patient décédé			
20026	prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical, le cas échéant, toutes techniques . . . . .	30,00	
20027	prélèvement de sang dans la veine cave, unique ou multiple, tout site de ponction . . . . .	48,15	

+ **NOTE :** Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 20026 et 20027

# **AVIS :** *Inscrire le rôle que le médecin joue auprès du patient dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

**AVIS :** *Lorsque l'identification de la personne décédée ne peut être effectuée (pas de carte d'assurance maladie) ou que celle-ci est non admissible au régime, inscrire la lettre « D » dans la case C.S.*

*De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section Identité de la personne assurée les coordonnées suivantes :*

- *Nom de famille : DO*
- *Prénom : Jean ou Jeanne*
- *Date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; l'année, le mois de janvier et le premier jour du mois, soit AA0101*
- *Sexe : M ou F*

00582	abdominale pour fin diagnostique ou évacuation d'ascite	13,40	3
00683	artérielle pour prélèvement sanguin (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9) . . . . .	13,80	
00684	artérielle et mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9) . . . . .	27,85	
<b>NOTE :</b> l'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut les ponctions de sang artériel dans le cathéter.			
00254	drainage de la bourse séreuse ou articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (P.G. 2.4.7.7 B) . . . . .	18,15	2

**AVIS :** *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*