

chapitre A-29, r. 7

À jour au 1^{er} mai 2017

**Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs
à la Loi sur l'assurance maladie**

Loi sur l'assurance maladie

(chapitre A-29, a. 72)

SECTION I

DÉFINITIONS

1. Dans le présent règlement, les expressions et mots suivants ont le même sens que celui qui leur est attribué dans la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29):

- a) Régie;
- b) *(paragraphe abrogé)*;
- c) services assurés;
- d) professionnel de la santé;
- e) personne assurée.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 1; D. 1471-92, a. 1.

2. Dans le présent règlement, les expressions et mot suivants ont le même sens que celui qui leur est attribué dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre A-29, r. 1), tel qu'il se lit au moment de son application:

- a) «personne qui réside au Québec» ou «personne qui séjourne au Québec»;
- b) «personne à charge»;
- c) «conjoint d'une personne».

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 2; D. 1471-92, a. 2; D. 553-2001, a. 1.

3. Dans le présent règlement, les expressions et les mots suivants signifient ou désignent:

- a) «agence de traitement de données»: toute personne qui saisit, traite, transforme ou valide des renseignements ou informations par un procédé informatique quelconque et qui est dûment autorisée par un professionnel de la santé à réclamer à la Régie à titre de mandataire ses honoraires en son nom et également toute personne qui donne, prête, loue ou autrement met à la disposition d'un professionnel de la santé de l'équipement ou du matériel de nature informatique qui lui permet de saisir, traiter, transformer ou valider des renseignements ou des informations;
- b) «demande d'accréditation»: une demande transmise à la Régie par un professionnel de la santé concernant la soumission de ses relevés d'honoraires ou ses demandes de paiement au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication, conformément à la formule 22;
- c) «document de facturation»: le relevé d'honoraires ou la demande de paiement, selon le cas, que le professionnel accrédité soumet à la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication;
- d) «données»: les renseignements contenus dans le document de facturation;
- e) «entente»: une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi;

- f) «Loi»: la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- g) «manuel»: le manuel intitulé Manuel de facturation par supports magnétiques et par télécommunication qui est publié par la Régie et qui établit les spécifications techniques nécessaires pour facturer la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication;
- h) «professionnel accrédité»: un professionnel de la santé dont la demande d'accréditation est acceptée par la Régie;
- i) «supports magnétiques»: les rubans, les disquettes, les cassettes et toute autre forme d'enregistrement de données par procédé informatique qui rencontrent les spécifications techniques établies par la Régie et publiées dans le manuel.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 3; D. 413-85, a. 1; D. 1178-86, a. 1.

SECTION II

DEMANDES D'INSCRIPTION

4. (Abrogé).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 4; D. 1471-92, a. 3.

5. Professionnels de la santé: Tout professionnel de la santé légalement autorisé à fournir des services assurés doit s'inscrire auprès de la Régie suivant la forme et la teneur de la formule 2.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 5; D. 3017-82, a. 1; D. 553-87, a. 1.

6. (Abrogé).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 6; D. 553-87, a. 2.

SECTION III

CARTE D'ASSURANCE MALADIE

7. Émission: La Régie délivre une carte d'assurance maladie à toute personne qui réside au Québec ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite auprès de la Régie.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 7; D. 1471-92, a. 4; D. 553-2001, a. 2.

8. Toute carte d'assurance maladie délivrée par la Régie à une personne assurée doit comporter au moins les éléments suivants:

- a) son numéro d'assurance maladie;
- b) ses nom de famille à la naissance et prénom usuel;
- c) dans le cas d'une femme mariée au Québec avant le 2 avril 1981, ou mariée hors du Québec, le nom de famille de son époux, si elle exerce légalement ses droits civils sous ce nom, qu'elle désire que ce nom soit mentionné sur la carte d'assurance maladie et qu'elle en fait une demande écrite à la Régie;
- d) ses date de naissance et sexe;
- e) la date d'expiration de la carte;
- f) sa photographie;
- g) sa signature sous ses nom de famille à la naissance et prénom usuel.

Toutefois, la carte d'assurance maladie ne comporte pas la photographie et la signature de la personne assurée si elle est âgée de moins de 14 ans.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 8; D. 56-82, a. 1; D. 1472-92, a. 1; D. 68-94, a. 1; D. 553-2001, a. 3.

8.0.1. La carte d'assurance maladie d'une personne assurée ne comporte pas sa photographie et sa signature dans l'un des cas suivants, à moins que cette personne fournisse à la Régie sa photographie et le document d'authentification dûment complété conformément à la section V du Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes à la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre A-29, r. 1):

1° la personne assurée est âgée de 75 ans ou plus;

2° la personne assurée est hébergée et assujettie au régime de contribution des adultes hébergés dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné;

3° la personne assurée en tutelle ou en curatelle est représentée par le curateur public suivant la Loi sur le curateur public (chapitre C-81);

4° la personne assurée réside à l'un des endroits prévus à l'annexe I.

D. 1472-92, a. 1; D. 68-94, a. 2.

8.0.2. La carte d'assurance maladie peut ne pas comporter la photographie et la signature de la personne assurée:

a) si elle fournit à la Régie un certificat médical attestant qu'elle est atteinte, de façon temporaire ou permanente, d'une maladie ou d'une déficience physique qui l'empêche de se déplacer;

b) si elle est une personne visée à l'article 7 du Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes à la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre A-29, r. 1);

c) (*paragraphe périmé*).

D. 1472-92, a. 1.

8.0.3. La carte d'assurance maladie peut également ne pas comporter la photographie ou la signature de la personne assurée si elle fournit à la Régie un certificat médical attestant qu'elle est atteinte d'une maladie ou d'une déficience physique l'empêchant de fournir une photographie à la Régie ou la limitant de façon importante dans sa capacité d'apposer sa signature.

D. 1472-92, a. 1.

8.0.4. Dans les cas où un certificat médical est requis en vertu des articles 8.0.2 et 8.0.3, le médecin doit indiquer sur le certificat la nature de la maladie ou de la déficience physique de la personne assurée et la durée de l'incapacité.

D. 1472-92, a. 1.

8.1. Les frais exigibles pour le remplacement d'une carte d'assurance maladie avant son délai d'expiration s'élèvent à 25 \$ lors d'un remplacement en personne ou par la poste et à 15 \$ lors d'un remplacement en ligne.

D. 859-90, a. 1; D. 553-2001, a. 4; D. 78-2012, a. 1; D. 168-2013, a. 1; D. 957-2014, a. 1.

8.2. Les personnes suivantes obtiennent sans frais le remplacement de leur carte d'assurance maladie:

- a) les personnes âgées de 65 ans et plus;
- b) les personnes qui reçoivent des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours prévu à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1).

D. 859-90, a. 1; D. 553-2001, a. 5.

8.3. Les frais exigibles pour une demande de renouvellement de l'inscription d'une personne assurée qui n'a pas renouvelé son inscription à la Régie dans un délai de 6 mois suivant l'expiration de la carte, s'élèvent à 25 \$.

D. 553-2001, a. 6; D. 78-2012, a. 2; D. 168-2013, a. 2; D. 957-2014, a. 2.

8.4. Les frais exigibles pour la prise de photographie par la Régie s'élèvent à 9 \$.

D. 78-2012, a. 3.

SECTION IV

RELEVÉS D'HONORAIRES, DEMANDES DE PAIEMENT ET MANDATS

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, sec. IV; Décision 81-12-07, a. 2.

9. Professionnels de la santé: Sous réserve de l'article 9.4.1, tout professionnel de la santé qui a droit d'être rémunéré à l'acte par la Régie pour des services assurés doit transmettre à la Régie un relevé d'honoraires suivant la forme et la teneur des formules 3 (médecins à l'acte), 4 (dentistes) ou 5 (optométristes), selon le cas.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 9; Décision 81-12-07, a. 2; D. 794-84, a. 3; D. 1756-92, a. 1; D. 1116-93, a. 1; D. 400-2017, a. 1.

9.1. Tout pharmacien qui a droit d'être rémunéré par la Régie pour des services assurés doit transmettre à la Régie une demande de paiement ou un relevé d'honoraires, qui doit contenir les éléments suivants:

1° un numéro de contrôle identifiant chaque demande de paiement ou chaque relevé d'honoraires soumis à la Régie;

2° le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et le numéro séquentiel de sa carte d'assurance maladie ou, le cas échéant, son nom à la naissance, sa date de naissance et son sexe;

3° le cas échéant, le lien de parenté de la personne assurée avec le détenteur de la carte d'assurance maladie;

4° le cas échéant, le code de programme auquel est relié la demande de paiement ou le relevé d'honoraires soumis;

5° le cas échéant, le code identifiant un groupe spécifique de personnes assurées;

6° le numéro de la pharmacie;

7° le numéro du pharmacien instrumentant;

8° le type, le numéro du prescripteur et, le cas échéant, l'initiale de son prénom et son nom;

9° le cas échéant, le numéro de la pharmacie désignée contactée;

10° le numéro de l'ordonnance, le code de service et, le cas échéant, le code d'intervention ou d'exception décrivant un service ou une situation spécifique;

11° le cas échéant, l'indication d'une nouvelle ordonnance ou d'un renouvellement, le code de l'expression écrite ou verbale de l'ordonnance, le nombre de renouvellements autorisés, la date de fin de validité de l'ordonnance et la durée du traitement;

12° le cas échéant, le code du médicament ou de la fourniture, l'indication à l'effet que le pharmacien a dispensé un médicament équivalent ou que le prescripteur a indiqué de ne pas substituer, la quantité dispensée, la source d'approvisionnement, le numéro du format d'acquisition et le type de magistrale;

13° la date de dispensation du service professionnel;

14° le montant des honoraires réclamés selon le type de service et, le cas échéant, le montant demandé pour le médicament ou la fourniture;

15° le cas échéant, la date de transaction de la demande de paiement ou du relevé d'honoraires visé par l'annulation et son numéro de contrôle;

16° la signature du pharmacien visé à l'entente ou celle de son mandataire dûment autorisé ou son code d'identification lorsque le relevé d'honoraires ou la demande de paiement est transmis au moyen d'un support informatique en mode interactif.

D. 1756-92, a. 2; D. 1522-96, a. 1.

9.2. Un médecin ou un dentiste qui, selon le cas, a droit d'être rémunéré à honoraires fixes ou selon le mode du salariat par la Régie pour des services assurés doit transmettre à la Régie un relevé d'honoraires qui doit contenir les éléments suivants:

1° un numéro de contrôle externe, préimprimé, identifiant ainsi chaque relevé d'honoraires soumis à la Régie;

2° les nom et prénom(s) ainsi que le numéro du médecin ou du dentiste, selon le cas, attribué par la Régie;

3° le nom et le code numérique de l'établissement ou du centre, selon le cas, où le médecin ou le dentiste a fourni le service pour lequel il présente le relevé d'honoraires;

4° la période identifiant la semaine au cours de laquelle le service a été fourni, en y indiquant la date du début et celle de la fin de la semaine considérée;

5° les renseignements complémentaires nécessaires à l'appréciation par la Régie du relevé d'honoraires, conformément à l'article 68 de la Loi;

6° sous l'intitulé «C.S.», les codes de cas spéciaux et de considérations spéciales nécessaires à l'appréciation par la Régie du relevé d'honoraires, conformément à l'article 68 de la Loi;

7° une indication du nombre de documents que le médecin ou le dentiste joint à la formule qu'il présente;

8° les renseignements nécessaires concernant tout service fourni et pour lequel le relevé d'honoraires est présenté à la Régie:

a) pour chaque jour considéré, en y indiquant la date ou le quantième, selon le cas, de la semaine considérée, une indication désignant le code alphabétique représentant une plage d'heures considérée, et, pour chaque telle indication, le code de l'activité principale et, lorsque applicable, le code du lieu correspondant à l'activité principale, ainsi que le nombre d'heures d'activités rémunérables;

b) le nombre total des heures d'activités déclarées selon le sous-paragraphe a;

c) s'il y a lieu, parmi les heures déclarées selon le sous-paragraphe *b*, le nombre d'heures accomplies pendant une période supplémentaire d'activités professionnelles qu'un médecin omnipratricien ou un dentiste, selon le cas, demande qu'on lui crédite pour que ces heures lui soient remises ultérieurement;

d) s'il y a lieu, pour chaque jour considéré, en y indiquant le quantième de la semaine considérée, la durée d'un congé, en jours et demi-journées s'il y a lieu, auquel le médecin ou le dentiste a droit en vertu de l'entente qui le régit et qu'il a pris, ainsi que le code de ce congé, dans la mesure où il ne s'agit pas de congés faisant partie intégrante d'une période continue ou prolongée de congés, telle que déclarée au paragraphe 11;

e) le nombre total, exprimé en jours et demi-journées s'il y a lieu, des congés déclarés selon le sous-paragraphe *d*;

9° s'il y a lieu, en indiquant le quantième du jour considéré de la semaine considérée, le nombre d'heures de même nature que celles visées au sous-paragraphe *c* du paragraphe 8, accumulées antérieurement à la semaine considérée, qu'un médecin omnipratricien ou un dentiste, selon le cas, a utilisées parce que remises conformément aux dispositions de l'entente qui le régit;

10° le total des heures déclarées selon le paragraphe 9;

11° pour chaque période continue et prolongée de congés qui débute avec la semaine considérée, le code ainsi que la durée, exprimée en jours et demi-journées s'il y a lieu, d'une telle période de congés à laquelle le médecin ou le dentiste a droit en vertu de l'entente qui le régit et qu'il a prise, ainsi que la date du début et de la fin de la période continue et prolongée de congés considérée;

12° des codes de référence qui situent sur la formule les renseignements fournis par le médecin ou le dentiste concernant les activités déclarées selon les sous-paragraphe *a*, *c* ou *d* du paragraphe 8 ainsi que de ceux fournis selon les paragraphes 9 et 11;

13° le montant des prestations que le médecin ou le dentiste reçoit déjà d'un régime public de retraite administré par Retraite Québec, d'un régime de sécurité sociale qu'administre la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, Retraite Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec ou d'un autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie;

14° la rémunération reçue lors d'un congé que le médecin ou le dentiste a pris afin d'agir comme juré ou comme témoin;

15° la signature du médecin ou du dentiste, selon le cas, ou celle de son mandataire dûment autorisé ainsi que la date à laquelle cette signature a été apposée;

16° la signature d'une personne dûment autorisée par l'établissement où le médecin ou le dentiste a fourni le service pour lequel il présente le relevé d'honoraires ainsi que la date à laquelle cette signature a été apposée.

De plus, lorsque le service est fourni à l'une des personnes suivantes:

a) une personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie;

b) une personne assurée à qui un service est fourni dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail (chapitre A-3) ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (chapitre I-6), de la Loi visant à favoriser le civisme (chapitre C-20) ou à la suite d'un accident autre qu'un accident du travail;

c) une personne assurée à qui le service fourni n'est pas assuré;

d) une personne qui n'est pas une personne assurée;

e) une personne assurée qui détient un carnet de réclamation en vigueur si le service est fourni par un dentiste;

le relevé d'honoraires doit aussi contenir, pour chaque indication désignant le code alphabétique représentant une plage d'heures considérée de chaque jour considéré, et pour chaque personne visée, les éléments suivants:

1° le numéro d'assurance maladie ainsi que l'année et le mois d'expiration de la carte d'assurance maladie de la personne assurée de même que le numéro séquentiel de cette dernière, ou, à défaut, les nom et prénom(s) à la naissance, la date de naissance, le sexe et l'adresse de la personne incluant, s'il est disponible, le code postal;

2° le diagnostic ou le code du diagnostic;

3° le code d'acte ou, à défaut, le temps d'activités consacré, par période de 15 minutes;

4° une indication à l'effet que le service est fourni dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et la date de l'accident ou de l'événement, ou que le service est fourni à la suite d'un accident autre qu'un accident du travail, ou encore que le service fourni à une personne assurée n'est pas assuré ou a été fourni à une personne qui n'est pas une personne assurée ou qui n'a pas présenté une carte d'assurance maladie;

5° une indication à l'effet que le service est fourni dans le cadre de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou de la Loi visant à favoriser le civisme et la date de l'événement;

6° une indication par le dentiste à l'effet que la personne assurée détient un carnet de réclamation en vigueur ou encore, qu'elle en détient un mais qu'elle ne l'a pas présenté, ainsi que l'identification de la surface et de la dent traitée, le cas échéant.

Cette formule peut aussi contenir le nom de l'époux dans le cas d'une personne assurée mariée, lorsque ce nom apparaît sur la carte d'assurance maladie. La formule peut enfin contenir des espaces aménagés à l'usage exclusif de la Régie.

Les éléments prévus aux paragraphes 1 à 6 du deuxième alinéa ne sont pas exigés sur le relevé d'honoraires lorsque le service assuré est fourni à une personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie, dans les circonstances et les cas suivants:

1° si la personne assurée est âgée de moins d'un an;

2° à moins que le service ne soit fourni dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi visant à favoriser le civisme, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, de la Loi sur l'aide et l'indemnisation des victimes d'actes criminels (1993, chapitre 54) ou à la suite d'un accident autre qu'un accident du travail:

a) si la personne assurée requiert des services psychiatriques ou si elle requiert des services fournis dans le cadre d'un plan d'intervention élaboré par l'établissement pour cette personne assurée, et que l'établissement qui exploite le centre dans lequel ces services sont fournis possède le numéro d'assurance maladie ainsi que la date d'expiration de la carte d'assurance maladie de cette personne, pourvu que le délai de validité de cette carte ne soit pas expiré;

b) si la personne assurée au moment où elle reçoit le service assuré est dans un état requérant des soins urgents;

c) *(sous-paragraphe abrogé implicitement; 1992, chapitre 57, a. 659);*

d) si la personne assurée est hébergée par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou si elle est hébergée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier de la classe des centres hospitaliers de soins de

longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) et des règlements adoptés sous l'autorité de cette loi;

e) si la personne assurée reçoit un service assuré fourni par un médecin dans le cadre du service d'interventions médicales d'urgence de la région de Montréal-Métropolitain ou dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec;

f) si la personne assurée qui réside dans une localité ou dans un territoire non organisé en localité, situé au nord du 55^e parallèle, y reçoit le service assuré.

D. 1116-93, a. 2; D. 1040-94, a. 1.

9.3. Le médecin ou le dentiste qui a droit d'être rémunéré à honoraires forfaitaires ou selon le mode de la vacation par la Régie pour des services assurés doit transmettre à la Régie un relevé d'honoraires qui doit contenir les éléments suivants:

1° un numéro de contrôle externe, préimprimé, identifiant ainsi chaque relevé d'honoraires soumis à la Régie;

2° les nom et prénom(s), le numéro de groupe, s'il en est, ainsi que le numéro du médecin ou du dentiste, selon le cas, attribué par la Régie;

3° le nom et le code numérique de l'établissement ou du centre, selon le cas, où le médecin ou le dentiste a fourni le service pour lequel il présente le relevé d'honoraires;

4° la période identifiant la semaine au cours de laquelle le service a été fourni, en y indiquant la date du début et celle de la fin de la semaine considérée;

5° les renseignements complémentaires nécessaires à l'appréciation par la Régie du relevé d'honoraires, conformément à l'article 68 de la Loi;

6° sous l'intitulé «C.S.», les codes de cas spéciaux et de considérations spéciales nécessaires à l'appréciation par la Régie du relevé d'honoraires, conformément à l'article 68 de la Loi;

7° une indication du nombre de documents que le médecin ou le dentiste joint à la formule qu'il présente;

8° les renseignements nécessaires concernant tout service fourni et pour lequel le relevé d'honoraires est présenté à la Régie:

a) pour chaque jour considéré, en y indiquant la date ou le quantième, selon le cas, de la semaine considérée, une indication désignant le code alphabétique représentant une plage d'heures considérée, et, pour chaque telle indication, le code correspondant au mode de rémunération selon lequel le médecin ou le dentiste demande d'être rémunéré, le code de l'activité principale et, lorsque applicable, le code du lieu correspondant à l'activité principale, ainsi que le nombre d'heures d'activités rémunérables;

b) le nombre total des heures d'activités déclarées selon le sous-paragraphe a;

9° des codes de référence qui situent sur la formule les renseignements fournis par le médecin ou le dentiste concernant les activités déclarées selon le sous-paragraphe a du paragraphe 8;

10° s'il y a lieu, le montant des frais de kilométrage dont le médecin ou le dentiste, selon le cas, réclame le remboursement;

11° les renseignements relatifs au déplacement pour lequel il demande le remboursement des frais de kilométrage: l'identification du lieu où se situe l'établissement ou le centre, selon le cas, où le médecin ou le dentiste habituellement exerce son activité professionnelle,

l'identification du lieu où se situe l'établissement ou le centre visité, selon le cas, la date de son arrivée à destination et l'heure de cette arrivée, la distance totale parcourue qu'il peut réclamer, conformément à l'entente qui le régit, exprimée en kilomètres, ainsi que le nombre d'heures, en indiquant les minutes, qu'a duré le voyage aller-retour requis pour le déplacement dans un cas de dépannage;

12° la signature du médecin ou du dentiste, selon le cas, ou celle de son mandataire dûment autorisé ainsi que la date à laquelle cette signature a été apposée;

13° la signature d'une personne dûment autorisée par l'établissement où le médecin ou le dentiste a fourni le service pour lequel il présente le relevé d'honoraires ainsi que la date à laquelle cette signature a été apposée.

De plus, lorsque le service est fourni à l'une des personnes suivantes:

a) une personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie;

b) une personne assurée à qui un service est fourni dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail (chapitre A-3) ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (chapitre I-6), de la Loi visant à favoriser le civisme (chapitre C-20) ou à la suite d'un accident autre qu'un accident du travail;

c) une personne assurée à qui le service fourni n'est pas assuré;

d) une personne qui n'est pas une personne assurée;

e) une personne assurée qui détient un carnet de réclamation en vigueur si le service est fourni par un dentiste;

le relevé d'honoraires doit aussi contenir, pour chaque indication désignant le code alphabétique représentant une plage d'heures considérée de chaque jour considéré, et pour chaque personne visée, les éléments suivants:

1° le numéro d'assurance maladie ainsi que l'année et le mois d'expiration de la carte d'assurance maladie de la personne assurée de même que le numéro séquentiel de cette dernière, ou, à défaut, les nom et prénom(s) à la naissance, la date de naissance, le sexe et l'adresse de la personne incluant, s'il est disponible, le code postal;

2° le diagnostic ou le code du diagnostic;

3° le code d'acte ou, à défaut, le temps d'activités consacré, par période de 15 minutes;

4° une indication à l'effet que le service est fourni dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et la date de l'accident ou de l'événement, ou que le service est fourni à la suite d'un accident autre qu'un accident du travail, ou encore que le service fourni à une personne assurée n'est pas assuré ou a été fourni à une personne qui n'est pas une personne assurée ou qui n'a pas présenté une carte d'assurance maladie;

5° une indication à l'effet que le service est fourni dans le cadre de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou de la Loi visant à favoriser le civisme et la date de l'événement;

6° une indication par le dentiste à l'effet que la personne assurée détient un carnet de réclamation en vigueur ou encore, qu'elle en détient un mais qu'elle ne l'a pas présenté, ainsi que l'identification de la surface et de la dent traitée, le cas échéant.

Cette formule peut aussi contenir le nom de l'époux dans le cas d'une personne assurée mariée, lorsque ce nom apparaît sur la carte d'assurance maladie. La formule peut enfin

contenir des espaces aménagés à l'usage exclusif de la Régie.

Les éléments prévus aux paragraphes 1 à 6 du deuxième alinéa ne sont pas exigés sur le relevé d'honoraires lorsque le service assuré est fourni à une personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie, dans les circonstances et les cas suivants:

1° si la personne assurée est âgée de moins d'un an;

2° à moins que le service ne soit fourni dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi visant à favoriser le civisme, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, de la Loi sur l'aide et l'indemnisation des victimes d'actes criminels (1993, chapitre 54) ou à la suite d'un accident autre qu'un accident du travail:

a) si la personne assurée requiert des services psychiatriques ou si elle requiert des services fournis dans le cadre d'un plan d'intervention élaboré par l'établissement pour cette personne, et que l'établissement qui exploite le centre dans lequel ces services sont fournis possède le numéro d'assurance maladie ainsi que la date d'expiration de la carte d'assurance maladie de cette personne, pourvu que le délai de validité de cette carte ne soit pas expiré;

b) si la personne assurée au moment où elle reçoit le service assuré est dans un état requérant des soins urgents;

c) (*sous-paragraphes abrogés implicitement; 1992, chapitre 57, a. 659*);

d) si la personne assurée est hébergée par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou si elle est hébergée dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier de la classe des centres hospitaliers de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) et des règlements adoptés sous l'autorité de cette loi;

e) si la personne assurée reçoit un service assuré fourni par un médecin dans le cadre du service d'interventions médicales d'urgence de la région de Montréal-Métropolitain ou dans le cadre du système d'évacuation aëromédicale au Québec;

f) si la personne assurée qui réside dans une localité ou dans un territoire non organisé en localité, situé au nord du 55^e parallèle, y reçoit le service assuré.

D. 1116-93, a. 3; D. 1040-94, a. 2.

9.4. Sous réserve de l'article 9.4.1, tout professionnel de la santé qui a droit d'être rémunéré par la Régie pour des services assurés peut lui soumettre sa demande de paiement ou son relevé d'honoraires, selon l'un ou l'autre des systèmes de facturation suivants:

1° au moyen d'un support informatique ou par télécommunication;

2° au moyen d'une formule sur support papier.

D. 1218-95, a. 1; D. 400-2017, a. 1.

9.4.1. Le relevé d'honoraires ou la demande de paiement d'un professionnel de la santé doit être transmis à la Régie uniquement sur support informatique pour les catégories de professionnels suivantes et pour le mode de rémunération indiqué:

a) les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, pour le mode de rémunération à l'acte;

En vig.: 2018-01-01

b) les dentistes et les optométristes, pour le mode de rémunération à l'acte.

D. 400-2017, a. 2.

9.5. (Abrogé).

D. 1218-95, a. 1; D. 1335-98, a. 1; D. 400-2017, a. 3.

9.6. (Abrogé).

D. 1218-95, a. 1; D. 1335-98, a. 2; D. 400-2017, a. 3.

9.7. (Abrogé).

D. 1218-95, a. 1; D. 400-2017, a. 3.

10. 1° Mandat se rapportant à la signature des relevés d'honoraires, des demandes de paiement et de tout document afférent à ces formules:

Tout professionnel de la santé doit signer ses relevés d'honoraires ou demandes de paiement et tout document afférent à ceux-ci, certifier qu'il a fourni personnellement les services inscrits sur ses relevés d'honoraires ou demandes de paiement; s'il s'agit d'un pharmacien qui n'a pas fourni personnellement les services inscrits sur ses demandes de paiement et tout document afférent à ceux-ci, il doit certifier que tels services ont été fournis légalement par un de ses employés.

Le professionnel de la santé peut autoriser un ou plusieurs mandataires suivant la forme et la teneur de la formule 6, à signer pour et en son nom, ses relevés d'honoraires ou demandes de paiement et tout document afférent à ceux-ci, y compris tout avis de changement d'adresse, à certifier que les services inscrits sur tout relevé d'honoraires ou toute demande de paiement et sur tout document afférent à ceux-ci ont été fournis par le mandant lui-même, à recevoir de la Régie les renseignements qu'il peut requérir concernant les relevés d'honoraires ou les demandes de paiement qu'il est, par la présente, autorisé à signer. S'il s'agit d'un pharmacien qui n'a pas fourni personnellement les services inscrits sur la demande de paiement ou sur les documents afférents à ceux-ci, le mandataire est autorisé à certifier que tels services ont été légalement fournis par un des employés du pharmacien.

2° *(paragraphe abrogé);*

3° *(paragraphe abrogé).*

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 10; D. 553-87, a. 3; D. 1335-98, a. 3.

11. Demande de paiement ou de remboursement par une personne assurée:

1° Pour services obtenus hors du Québec: Toute personne assurée qui exige de la Régie le remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis en dehors du Québec par un professionnel de la santé ou qui demande à la Régie d'assumer pour son compte le paiement du coût de tels services, doit transmettre à la Régie:

a) dans le cas d'une demande de remboursement, les originaux des reçus d'honoraires qu'elle a payés et lui fournir les renseignements dont la Régie a besoin pour justifier le remboursement réclamé; ou

b) dans le cas d'une demande de paiement, les originaux des états de compte et lui fournir les renseignements dont la Régie a besoin pour justifier le paiement réclamé.

Les originaux des reçus d'honoraires et des états de compte doivent être dûment signés par chaque professionnel de la santé qui a rendu les services assurés.

2° Pour services obtenus d'un professionnel désengagé: Toute personne assurée qui exige de la Régie le paiement du coût des services assurés qui lui ont été fournis au Québec par un professionnel désengagé doit transmettre à la Régie une formule de demande de

paiement dûment remplie et signée par le professionnel suivant la forme et la teneur des formules 3 (médecins), 4 (dentistes) ou 5 (optométristes).

3° (*paragraphe abrogé*);

4° **Pour services obtenus au Québec d'un professionnel soumis à l'application d'une entente par une personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation selon le cas:** Toute personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas, et qui exige de la Régie le paiement ou le remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis au Québec par un professionnel soumis à l'application d'une entente doit transmettre à la Régie une formule de demande de paiement ou de remboursement dûment remplie et signée par tel professionnel selon la forme et la teneur des formules 26 (médecins), 27 (dentistes) ou 28 (optométristes).

4.1° Toute personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation, selon le cas, toute personne qui réside au Québec de même qu'une personne visée au paragraphe 4 de l'article 15 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01) qui n'est pas inscrite auprès de la Régie conformément à l'article 19 de cette loi, qui exige de la Régie le remboursement du coût des services assurés qui lui ont été fournis au Québec par un pharmacien soumis à l'application d'une entente, doit transmettre à la Régie une demande de remboursement qui doit contenir les éléments suivants:

- a) dans une section de la demande aménagée à l'intention du pharmacien, les éléments prévus à l'article 9.1;
- b) dans une section de la demande aménagée à l'intention de la personne assurée, l'adresse de son domicile et, si elle est différente, l'adresse où elle désire recevoir le remboursement;
- c) une indication par la personne assurée à l'effet que sa carte d'assurance maladie est expirée, si tel est le cas;
- d) une indication par la personne assurée à l'effet qu'elle n'a jamais demandé une carte d'assurance maladie, si tel est le cas, ou qu'elle ne l'a plus, si tel est aussi le cas; dans ce dernier cas, la date à laquelle elle a avisé la Régie à cet effet;
- e) une indication par la personne assurée qu'elle possède une carte d'assurance maladie ou un carnet de réclamation, mais qu'elle n'a présenté ni l'une ni l'autre, si tel est le cas;
- f) une indication par la personne assurée à l'effet qu'elle n'a pas encore reçu, si tel est le cas, une carte d'assurance maladie qu'elle a demandée ou dont elle a demandé le remplacement; dans ces 2 derniers cas, la date de la demande;
- f.1) une indication par la personne assurée à l'effet qu'elle n'est pas inscrite au régime d'assurance médicaments;
- g) la signature de la personne assurée ainsi que la date de cette signature.

Cette demande de remboursement de la personne assurée doit également contenir la mention suivante au-dessus de l'endroit prévu pour la signature de la personne assurée:

«Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement du coût des services reçus».

5° (*paragraphe abrogé*).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 11; D. 1471-92, a. 5; D. 1756-92, a. 3; D. 1522-96, a. 2; D. 1089-2011, a. 1.

SECTION V

(*Abrogée*)

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, sec. V; D. 1471-92, a. 6.

12. (Abrogé).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 12; Décision 81-12-07, a. 2; D. 1471-92, a. 6.

SECTION VI

CARNET DE RÉCLAMATION

13. Toute personne qui est admissible à un programme d'aide de dernier recours conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1) ou qui reçoit le supplément de revenu mensuel garanti conformément à la Loi sur la sécurité de la vieillesse (L.R.C. 1985, c. O-9) doit détenir un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et selon la forme et la teneur de la formule 15.

Toute personne âgée d'au moins 60 ans et de moins de 65 ans:

- a) qui reçoit une allocation en vertu de la partie II.1 de la Loi sur la sécurité de la vieillesse; et
- b) qui, sans cette allocation, serait admissible à un programme d'aide de dernier recours conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles,

doit détenir un carnet de réclamation attestant qu'elle a droit aux services prévus au quatrième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie, au cours de la période qui y est prévue. Ce carnet est délivré suivant l'article 71 de cette Loi en la forme de la formule 15.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 13.

SECTION VII

DEMANDE D'AUTORISATION

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, sec. VII; D. 2284-83, a. 1.

14. (Abrogé).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 14; D. 2284-83, a. 1; D. 1471-92, a. 7; D. 1089-2011, a. 2.

SECTION VIII

FACTURATION PAR SUPPORTS MAGNÉTIQUES ET PAR TÉLÉCOMMUNICATION

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, sec. VIII; D. 413-85, a. 2.

15. Demande d'accréditation: Un professionnel de la santé ou un groupe de professionnels de la santé dûment constitué suivant la formule 7 qui désire soumettre ses relevés d'honoraires ou demandes de paiement à la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication doit, préalablement, transmettre à la Régie une demande d'accréditation dûment complétée selon la teneur de la formule 22.

La Régie étudie chaque demande d'accréditation et communique par écrit sa décision au requérant. Une demande d'accréditation est acceptée lorsque le requérant satisfait aux exigences des articles 16 et 18.

Lorsque la demande d'accréditation est soumise à la Régie par un groupe de professionnels de la santé et que la Régie accepte cette demande, chacun des professionnels de la santé membre du groupe accrédité est réputé un professionnel de la santé accrédité et toutes les dispositions de la Section VIII lui sont applicables compte tenu des adaptations nécessaires.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 15; D. 413-85, a. 3; D. 1178-86, a. 2; D. 553-87, a. 4.

15.0.1. La présente section ne s'applique pas à un pharmacien à l'égard d'un service rendu après le 1^{er} janvier 1997.

D. 1522-96, a. 3.

16. Mandat: Un professionnel de la santé, ou les membres d'un groupe de professionnels de la santé dûment constitué suivant la formule 7 qui désire autoriser une agence de traitement des données à réclamer à la Régie à titre de mandataire ses honoraires en son nom, doit joindre à sa demande d'accréditation une formule de mandat dûment complétée selon la teneur de la formule 23.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 16; D. 553-87, a. 4.

17. Cas et conditions suivant lesquels une agence de traitement de données peut agir comme mandataire: Une agence de traitement de données peut réclamer de la Régie, à titre de mandataire, des honoraires au nom d'un professionnel accrédité ou d'un membre du groupe accrédité de professionnels lorsque sont réunies les conditions suivantes:

- a) elle est dûment mandatée à cette fin par le professionnel accrédité ou le membre du groupe accrédité de professionnels;
- b) elle remplit chacune des conditions énoncées aux articles 23 et 29;
- c) elle est rémunérée pour ses services sur une base autre qu'à commission ou à pourcentage sur le montant des honoraires exigibles de la Régie ou payés par la Régie;
- d) elle se conforme à l'article 28.1.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 17; D. 2331-85, a. 1; D. 553-87, a. 4.

18. Documents à soumettre avec la demande d'accréditation: Un professionnel de la santé ou un groupe de professionnels de la santé qui soumet une demande d'accréditation doit fournir à la Régie une description détaillée du système de facturation et d'apurement utilisé, lequel doit être conforme aux spécifications techniques établies par la Régie et publiées dans le manuel.

Un groupe de professionnels de la santé, constitué suivant la formule 7 doit joindre à sa demande d'accréditation une copie de la formule de groupe dûment complétée et, le cas échéant, une copie de la formule 6 autorisant un mandataire à signer le document de facturation des membres du groupe.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 18; D. 553-87, a. 4.

19. Document de facturation: Un professionnel accrédité, lorsqu'il fournit des services assurés, doit toujours consigner dans un document de facturation dûment complété les renseignements requis en vertu de l'article 31 et signer lui-même ce document.

Lorsqu'un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels, transmet ces mêmes renseignements à une agence de traitement de données en utilisant un système de télécommunication ou de terminaux, ou lorsque ce professionnel ou ce groupe traite lui-même ces mêmes renseignements au moyen d'équipement ou de matériel informatique, et que le document de facturation est produit au moyen d'équipement ou de matériel informatique, le professionnel accrédité ou le professionnel membre du groupe accrédité doit signer lui-même ce document de facturation. La signature doit être apposée sur la dernière page d'un document de format continu à pages multiples ou sur chaque page dans tout autre cas.

Lorsqu'il s'agit d'un groupe accrédité de professionnels, un mandataire dûment autorisé suivant la formule 6 peut signer le document de facturation tel que prévu, au nom du

professionnel membre du groupe.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 19; D. 1178-86, a. 3; D. 553-87, a. 4; D. 1522-96, a. 4.

20. Conservation du document de facturation: Un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels, doit conserver le document de facturation pendant une période de 5 ans à compter de la date à laquelle le service assuré a été rendu. Il doit s'assurer que ce document est disponible pour vérification et inspection par toute personne autorisée par la Régie. Il doit de plus en faire parvenir copie à la Régie, sur demande.

Dans le cas d'un groupe accrédité de professionnels, le premier alinéa continue de s'appliquer à l'égard de ce groupe pour tous les professionnels qui ont bénéficié de son accréditation et qui ne font plus partie du groupe au moment où une personne autorisée par la Régie procède à une vérification ou une inspection ou au moment où la Régie lui en demande copie. Si le groupe a remis, à un professionnel qui quitte le groupe, les documents de facturation qui le concerne, ce professionnel doit conserver ces documents de facturation tel que prévu.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 20; D. 413-85, a. 4; D. 553-87, a. 4.

21. Contrat avec une agence de traitement de données: Un professionnel de la santé ou un groupe de professionnels, accrédité ou non, qui désire recourir aux services d'une agence de traitement de données doit, sur demande de la Régie, lui transmettre un exemplaire du contrat intervenu avec cette agence sauf les dispositions qui concernent les frais d'administration.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 21; D. 553-87, a. 4.

22. Paiement des honoraires dus: La Régie verse les honoraires dus au professionnel accrédité ou à un tiers autorisé conformément à la Loi, au présent règlement et aux ententes.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 22.

23. Données confidentielles: L'agence de traitement de données s'engage à ne pas divulguer les données et renseignements concernant les documents pertinents aux réclamations d'un professionnel accrédité, sauf à la Régie.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 23.

24. Consentement accordé à la Régie: Un professionnel de la santé ou un groupe accrédité de professionnels doit permettre à toute personne autorisée par la Régie de communiquer avec une agence de traitement de données avec laquelle il transige ou a transigé, de prendre connaissance de toutes données et de tous documents pertinents à une réclamation.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 24; D. 553-87, a. 5.

25. Nouvelle demande d'accréditation: Un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels doit, préalablement, soumettre une nouvelle demande d'accréditation à la Régie dans les cas suivants:

- a) il modifie son contrat avec une agence de traitement de données;
- b) il change d'agence;
- c) il modifie le mode de transmission de ses données.

Cependant, lorsqu'une agence, dûment mandatée par des professionnels accrédités, prend une décision d'ordre administratif ou technique qui aura pour effet de changer ou modifier

l'accréditation d'une partie ou de l'ensemble de ses mandants, les professionnels de la santé concernés n'ont pas à soumettre une nouvelle demande d'accréditation.

Dans le cas visé au deuxième alinéa, l'agence doit en aviser la Régie, par écrit, 30 jours avant d'appliquer cette décision, en lui indiquant la nature du changement, les noms et les numéros de professionnel des professionnels de la santé concernés.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 25; D. 553-87, a. 5.

26. Avis de fin d'accréditation: Un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels doit aviser par écrit la Régie 30 jours avant que son contrat avec une agence de traitement de données prenne fin.

Un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels peut mettre fin à son accréditation en donnant au préalable un avis écrit de 30 jours.

Un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels conserve son accréditation auprès de la Régie en autant qu'il se conforme aux exigences de la présente section.

Lorsque la Régie constate que la facturation soumise au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication n'est pas conforme aux exigences de la présente section, elle avise le professionnel accrédité ou le groupe accrédité de professionnels par écrit et celui-ci doit alors se conformer aux dispositions énoncées dans l'avis et auxquelles il a contrevenu, et ce dans les 15 jours de l'avis à défaut de quoi son accréditation prend fin à l'expiration de ce délai.

Malgré le quatrième alinéa, lorsque la Régie constate que le professionnel accrédité ou le groupe accrédité de professionnels utilise les algorithmes de calcul et les autres mécanismes de validation à des fins autres que celles prévues à l'article 28.1, elle met fin immédiatement, au moyen d'un avis écrit à l'accréditation du professionnel ou du groupe concerné.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 26; D. 413-85, a. 5; D. 2331-85, a. 2; D. 553-87, a. 5.

27. Documents de facturation traités par une agence de traitement de données: Le document de facturation traité par une agence de traitement de données, qu'il soit produit manuellement ou au moyen d'équipement ou de matériel informatique, doit contenir tous les renseignements requis en vertu de l'article 31.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 27; D. 1178-86, a. 4; D. 553-87, a. 5; D. 1522-96, a. 5.

28. Renseignements transmis à la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication: Les renseignements transmis à la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication doivent être identiques à ceux contenus sur le document de facturation, à l'exception de la signature du professionnel accrédité ou de son mandataire dûment autorisé, le cas échéant.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 28; D. 413-85, a. 6; D. 1178-86, a. 5; D. 553-87, a. 5.

28.1. Algorithmes de calcul et autres mécanismes de validation: La Régie peut, sur demande d'un professionnel accrédité, d'un groupe accrédité de professionnels ou d'une agence de traitement de données agissant à titre de mandataire du professionnel ou d'un groupe, leur transmettre les algorithmes de calcul et les autres mécanismes qu'elle utilise pour valider les renseignements reçus du professionnel, du groupe ou de l'agence de traitement de données.

Le professionnel accrédité ou le groupe accrédité de professionnels qui obtient de la Régie ces informations, ou l'agence de traitement de données agissant à titre de mandataire du professionnel ou du groupe, doit utiliser ces informations exclusivement pour valider les

renseignements à être transmis à la Régie par supports magnétiques ou par télécommunication.

L'agence de traitement des données qui obtient ces informations d'un de ses mandants peut les utiliser pour valider les renseignements qu'elle transmet à la Régie au nom de tous ses mandants.

D. 2331-85, a. 3; D. 1178-86, a. 6; D. 553-87, a. 5.

29. Manuel: Les supports magnétiques sur lesquels les données sont transmises à la Régie doivent être conformes aux spécifications techniques établies par la Régie et publiées dans le manuel.

La transmission des données à la Régie par télécommunication doit être conforme aux spécifications techniques établies par la Régie et publiées dans le manuel.

Le professionnel accrédité, le groupe accrédité de professionnels ou leur mandataire, selon le cas, doit conserver une copie du support magnétique qu'il a transmis à la Régie jusqu'à ce qu'il ait reçu de la Régie le support magnétique dont il a tiré copie.

Le professionnel accrédité, le groupe accrédité de professionnels ou leur mandataire, selon le cas, doit conserver une copie d'appui de l'envoi télétransmis jusqu'à ce que la Régie lui signifie que les données transmises ont été reçues.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 29; D. 413-85, a. 6; D. 553-87, a. 5.

30. (Abrogé).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 30; D. 1178-86, a. 7.

31. Document de facturation — médecins, dentistes et optométristes: Pour les médecins, les dentistes et les optométristes, le document de facturation produit manuellement ou au moyen d'équipement ou de matériel informatique, doit contenir les renseignements suivants:

a) conformément aux spécifications techniques contenues dans le manuel, un numéro de référence à l'envoi des renseignements transmis à la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication, lequel doit apparaître à chaque page;

a.1) conformément aux spécifications techniques contenues dans le manuel, un numéro de contrôle externe identifiant chaque relevé d'honoraires ou demande de paiement, selon le cas;

b) le numéro d'assurance maladie ou, à défaut, le prénom, le nom à la naissance, la date de naissance et le sexe de la personne assurée;

c) le numéro et, s'il y a lieu, le numéro de groupe du professionnel accrédité;

d) le numéro ou, à défaut, l'initiale du prénom et le nom du professionnel de la santé ayant demandé une consultation ou autres services assurés au professionnel réclamant s'il y a lieu;

e) le diagnostic et le cas échéant, l'indication qu'il s'agit d'un service rendu dans le cadre des lois administrées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;

e.1) lorsqu'il s'agit d'un service rendu dans le cadre des lois administrées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la date à laquelle la lésion professionnelle ou l'événement est survenu;

- f) les renseignements nécessaires à l'appréciation par la Régie de tout service réclamé, notamment: le rôle, le modificateur, les unités;
- g) le numéro de l'établissement le cas échéant ou, lorsque le service est fourni par un médecin ailleurs qu'en établissement, le numéro de la localité, selon les codes assignés par la Régie;
- h) la date à laquelle une personne assurée est admise dans l'établissement et la date de sa sortie, s'il y a lieu;
- i) la date à laquelle le service a été fourni;
- j) le code de l'acte réclamé et le montant des honoraires de cet acte;
- k) le nombre de kilomètres et le montant de la compensation autorisée par l'entente;
- l) le total des honoraires demandés;
- m) la signature du professionnel accrédité ou du mandataire dûment autorisé, selon le cas.

Toutefois, pour les médecins et les dentistes rémunérés à honoraires fixes ou selon le mode du salariat, de même que pour ceux rémunérés à honoraires forfaitaires ou selon le mode de la vacation, le document de facturation, produit manuellement ou au moyen d'équipement ou de matériel informatique, doit contenir la signature du médecin ou du dentiste, selon le cas, ou bien celle de son mandataire dûment autorisé, en plus de celle d'une personne dûment autorisée par l'établissement où le professionnel a fourni le service pour lequel il présente le relevé d'honoraires, ainsi que, s'ils sont transmis, les éléments mentionnés à l'article 9.2 ou ceux mentionnés à l'article 9.3, selon le cas, accompagnés des éléments suivants:

conformément aux spécifications techniques contenues dans les instructions de facturation informatique transmises au médecin ou au dentiste, les données qui correspondent aux coordonnées d'identification ou de transmission suivantes:

- 1° un numéro de référence à l'envoi des renseignements transmis à la Régie au moyen de supports magnétiques ou par télécommunication, lequel doit apparaître à chaque page;
- 2° le numéro de l'agence de traitement, s'il en est;
- 3° le code de système et le code de format utilisés pour la transmission des données;
- 4° le numéro d'attestation du lot de demandes de paiement;
- 5° les indications de début et de fin de la transmission des données.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 31; D. 413-85, a. 7; D. 655-86, a. 1; D. 1178-86, a. 8; D. 553-87, a. 6; D. 1289-96, a. 1.

32. (Abrogé).

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 32; D. 413-85, a. 7; D. 1178-86, a. 9; D. 553-87, a. 7; D. 1756-92, a. 4; D. 1522-96, a. 6.

33. Codes de référence: Un professionnel accrédité ou un groupe accrédité de professionnels peut compléter le document de facturation en utilisant des codes de référence. Il doit au préalable soumettre la liste de ces codes et leur signification à la Régie pour approbation.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2, a. 33; D. 553-87, a. 8.

SECTION IX

DEMANDE D'AUTORISATION — MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

D. 1126-82, a. 2.

34. Toute personne assurée qui a droit aux médicaments assurés et qui désire que la Régie assume le coût des médicaments d'exception déterminés par règlement doit transmettre à la Régie une demande d'autorisation dûment complétée suivant la forme et la teneur de la formule 31. Toutefois, un médecin ou un dentiste peut transmettre une telle formule à la Régie au nom de la personne assurée.

D. 1126-82, a. 2; D. 1471-92, a. 8.

ANNEXE I

(a. 8.0.1)

LISTE DES ENDROITS OÙ L'EXEMPTION DE LA PHOTOGRAPHIE ET DE LA SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE EST APPLICABLE

Aguanish

Akulivik

Aupaluk

Aylmer Sound

Baie-d'Hudson

Baie-Johan-Beetz

Baie-des-Moutons

Blanc-Sablon

Brador

Chevery

Chisasibi

Clova

Eastmain 1

Eastmain

Étamamiou

Grand-Lac-Victoria

Harrington-Harbour

Île Michon

Inukjuak

Ivujivik

Kangiqsualujjuaq

Kangiqsujuaq
Kangirsuk
Kawawachikamach
Kegaska
Kuujuuaq
Kuujuarapik
La Romaine
La Tabatière
Lourdes-de-Blanc-Sablon
Manouane
Matimekosh
Middle Bay
Mistissini
Musquaro
Natashquan
Nemiscau
Obedjiwan
Pakuashipi
Parent
Port-Menier
Povungnituk
Quaqtaq
Salluit
Schefferville
Saint-Augustin du Saguenay
Saint-Paul du Saguenay
Tasiujaq
Tête-à-la-Baleine
Umiujaq
Vieux-Fort
Waskaganish
Waswanipi

Wemindji

Weymontachie

Whapmagoostui

Wolf Bay

D. 68-94, a. 3.

FORMULES 1 À 31

(Veuillez vous adresser à la Régie de l'assurance maladie du Québec.)

RÉFÉRENCES

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 2
Décision 81-12-07, 1982 G.O. 2, 425; suppl. 116
Décision 81-12-07, 1982 G.O. 2, 428; suppl. 119
Décision 81-12-07, 1982 G.O. 2, 430; suppl. 121
D. 56-82, 1982 G.O. 2, 833; suppl. 123
D. 1126-82, 1982 G.O. 2, 2341; suppl. 126
D. 3017-82, 1982 G.O. 2, 128
D. 2284-83, 1983 G.O. 2, 4939
D. 794-84, 1984 G.O. 2, 1831
D. 413-85, 1985 G.O. 2, 1740 et 2631
D. 2331-85, 1985 G.O. 2, 6506
D. 655-86, 1986 G.O. 2, 1668
D. 1178-86, 1986 G.O. 2, 3459
D. 553-87, 1987 G.O. 2, 2201
D. 761-88, 1988 G.O. 2, 3003 et 4549
D. 859-90, 1990 G.O. 2, 2464
D. 1471-92, 1992 G.O. 2, 6245
D. 1472-92, 1992 G.O. 2, 6247
D. 1756-92, 1992 G.O. 2, 7149
D. 1116-93, 1993 G.O. 2, 6171
D. 68-94, 1994 G.O. 2, 848
D. 1040-94, 1994 G.O. 2, 3982
D. 1218-95, 1995 G.O. 2, 4188
D. 1289-96, 1996 G.O. 2, 5888
D. 1522-96, 1996 G.O. 2, 6742
D. 1335-98, 1998 G.O. 2, 5808
L.Q. 1999, c. 89, a. 53
D. 553-2001, 2001 G.O. 2, 2946
D. 1089-2011, 2011 G.O. 2, 4821
D. 78-2012, 2012 G.O. 2, 814
D. 168-2013, 2013 G.O. 2, 924
D. 957-2014, 2014 G.O. 2, 4095
L.Q. 2015, c. 15, a. 237
L.Q. 2015, c. 20, a. 61
D. 400-2017, 2017 G.O. 2, 1543