

**5. MESSAGES EXPLICATIFS**

- # **001** Accusé de réception absent.
- # **002** Carte de membre inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.
- # **003** Mention « payée » absente sur la facture ou sceau de la banque absent sur la copie du chèque.
- # **004** Reçu officiel ACPM inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.
- # **005** La demande de remboursement d'assurance responsabilité n'est pas dûment signée.
- # **006** La date de début ou de fin de la période est non valide, incomplète, illisible ou absente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.
- # **007** Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.
- # **008** La copie du médecin a été envoyée au lieu de celle de la Régie.
- # **009** Vous n'avez pas répondu à notre demande de renseignements.
- # **010** Une lettre explicative vous parviendra sous peu.
- # **011** Votre demande de remboursement étant endommagée, elle a été traitée sous le numéro 9999.
- # **012** Votre demande de remboursement étant rédigée sur un formulaire périmé, elle a été traitée sous le numéro 9999. Veuillez utiliser dorénavant le formulaire approprié.
- # **013** Vous n'avez droit à aucun remboursement d'assurance responsabilité pour cette année, puisque vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.
- # **014** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé en excluant les périodes de l'année où vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.
- # **015** Quote-part de prime d'assurance responsabilité non remboursable pour une personne décédée.
- # **016** La quote-part de prime d'assurance responsabilité a été calculée pour la période de l'année précédant le décès.
- # **017** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la période de l'année qui suit la date d'obtention de votre permis de pratique.
- # **018** Puisque l'année demandée est antérieure à la date d'obtention de votre permis de pratique, vous n'avez droit à aucun remboursement.
- # **019** Vos gains de pratique ne vous rendent pas admissible au remboursement d'une quote-part de votre prime d'assurance responsabilité. Veuillez nous faire parvenir une demande de révision lorsque vous aurez atteint le montant prévu.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- # 022 Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour tel qu'il paraît sur votre preuve de paiement.
- # 023 Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour, frais d'administration, taxes et autres frais exclus.
- # 024 Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à la franchise. Veuillez soumettre une nouvelle demande quand le montant payé sera supérieur à la franchise.
- # 025 Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité, car le montant de la prime annuelle est égal ou inférieur à la franchise.
- # 026 La quote-part de votre prime d'assurance responsabilité à laquelle vous avez droit pour l'année vous a déjà été remboursée.
- # 027 Un ou des genres d'activités médicales demandés pour l'année sont non remboursables, car non inclus dans le tableau des groupes de l'Annexe 9 concernant l'assurance responsabilité.
- # 028 Le délai de facturation prévu à l'entente auxiliaire est expiré.
- # 029 Votre demande de remboursement a été traitée selon votre entente auxiliaire à la fin de l'année.
- # 030 Le contrat d'assurance fourni excède un an. Nous n'avons traité que la première année seulement. Lorsque l'entente auxiliaire sera en vigueur pour la période non considérée, veuillez soumettre une nouvelle demande de remboursement.
- # 031 Votre assureur ne nous a pas fourni la preuve de paiement de votre prime comme il est prévu au protocole d'entente.
- # 032 L'entente auxiliaire n'est pas encore signée pour l'année demandée. Votre demande sera réévaluée automatiquement lors de la signature de l'entente. Ne pas soumettre de nouveau.
- # 035 Vos gains de pratique ne vous rendent pas admissible au versement du montant forfaitaire.
- # 037 Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- # 038 Révision d'une demande de remboursement déjà payée.
- # 039 Révision effectuée à la suite de votre demande.
- # 040 Révision d'un paiement. Une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.
- # 042 Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- # 043 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- # 044 Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.

- 045** Révision effectuée à la suite d'un changement d'un ou de plusieurs genres d'activités médicales pour l'année.
- 046** Révision effectuée à la suite d'un changement de la durée de votre période de couverture pour l'année.
- 047** Révision effectuée à la suite de la signature de l'entente auxiliaire pour l'année.
- 048** Révision effectuée pour tenir compte que, durant l'année ou une partie de l'année, vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté ou autres.
- 049** Révision effectuée pour tenir compte de la période de l'année qui précède le décès.
- 050** Remboursement effectué selon les renseignements fournis par votre assureur.
- 051** Les pièces justificatives fournies ne correspondent pas à l'année demandée.
- 052** Le montant forfaitaire a été recalculé selon la prime-témoin de dernier groupe auquel vous appartenez tel que spécifié à l'annexe de la Lettre d'entente 108.
- 054** La période couverte par votre demande de remboursement excède un an. Nous avons procédé au règlement de l'année indiquée à votre état de compte. Veuillez soumettre une nouvelle demande pour l'année manquante.
- 057** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité puisque la Régie ne rembourse que si vous êtes assuré au Québec.
- 058** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la partie de l'année (nombre de mois) où vous êtes assuré au Québec.
- 059** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé selon le montant représentant la prime témoin fixée par l'Association canadienne de protection médicale.
- 060** Révision effectuée en regard de la prime d'assurance payée en tenant compte de la partie de l'année (nombre de mois) où vous êtes assuré au Québec.
- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # 101** L'identification de la personne assurée, telle que transmise, ne correspond pas aux instructions de facturation. Veuillez vérifier et, conformément à l'article 3.2.1.4a) et/ou 3.2.1.4b) de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas dans nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas dans nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 106** Le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.
- Voir la section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée telle que fournie.
- Voir la section 3.2.1, Identité de la personne assurée, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services; de plus, la personne n'est pas une personne assurée du régime d'assurance maladie.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas admissible à un programme d'aide de dernier recours (Aide sociale) à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 118** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de six mois applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide de dernier recours (Aide sociale) n'est pas respecté. (Radiologie diagnostique règle 13.1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 119** Conformément à la règle 1.2 du Préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire, vous n'avez droit qu'au quart des honoraires prévus pour les examens de laboratoire effectués dans une discipline autre que celle de votre classement.
- 121** Conformément à l'article 6 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire) cet acte est inclus dans celui en référence.
- 122** Conformément à l'article 4 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), le tarif de l'examen d'organes doubles est celui d'un seul organe.
- 123** La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas dans nos fichiers.
- 125** En raison de la règle 8.1 du Préambule général ou de l'Addendum 4 (Chirurgie), le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 050.

- 127** Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne de 18 à 64 ans inclusivement. (Réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 129** Vous devez inscrire la lettre « J » dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger, soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 134** En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, au même site, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 135** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 136** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi-tarif. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 137** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi tarif.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 144** En vertu des lettres d'entente 102 et 112, vous ne pouvez facturer ce montant forfaitaire puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière.
- 145** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance même s'il est facturé avec plus d'un modificateur.
- 146** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147** Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- 148** Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte 09810 « Comparution à la cour ».
- 149** Le code d'acte demandé ne peut vous être payé car les services rémunérables en regard d'une ordonnance de traitement sont ceux de votre entente générale.
- 150** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.
- 151** En raison de la règle 7.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 152** En raison de la règle 8.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 153** En raison de la règle 10.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 154** En raison de la règle 11.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 155** En raison de la règle 13.2 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 157** En raison de la Règle d'application n° 10, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 158** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 10, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 159** En raison de la Règle d'application n° 13, celui qui pratique une mammographie n'a pas droit au paiement d'honoraires d'une visite. Si, par la suite, il revoit le patient pour un simple examen clinique, on lui accorde le tarif de la visite de contrôle.
- 160** Selon la note ou la remarque qui l'accompagne, ce service n'est pas payable.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 en précisant les modificateurs pertinents dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 163** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 24.
- 169** Le code d'acte réclamé ne peut vous être payé puisqu'il ne rencontre pas les critères de durée prévus à son libellé.
- 170** En raison de la règle d'application n° 19, le paiement de l'acte n'est pas soumis à l'application du modificateur 072.
- 199** Honoraires modifiés ou refusés conformément à la Lettre d'entente A-53.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- # 201** En raison de votre statut de professionnel non-admissible, les services facturés ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence (réf. : article 36 de la Loi sur l'assurance maladie, article 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer pour des services rendus au Québec.
- 207** Afin de recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Notre service d'assistance aux professionnels peut vous fournir des informations à ce sujet.
- 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** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous n'êtes pas détenteur d'un certificat en électroencéphalographie et si vous n'êtes pas qualifié également en neurochirurgie.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit au compte administratif (groupe) dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) est illisible.

- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) ne figure pas à nos fichiers.
- 214** Conformément à la Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro du compte administratif (groupe) qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** Conformément à la Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés à l'annexe de la lettre d'entente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en Anesthésiologie (réf. : Addendum 8 -Ultrasonographie et Protocole II, Annexe 5 Tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem, selon les conditions établies aux articles 1.2 ou 1.3 de l'Annexe 15 ou à la Lettre d'entente A-35, 96, 98, 106 ou 123 (Brochure n° 1), peuvent demander 20% des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 218** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie (réf. : Annexe 26 ou 33, article 2.4 ou Lettre d'entente n° 100, article 7).
- 219** Conformément à la Règle d'application n° 25, la rémunération de cet acte est comprise dans celle de l'acte indiqué en référence.
- 223** Votre statut de résident en médecine ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 225** Le service facturé ne peut vous être payé puisqu'il n'est pas assuré (réf. : Loi sur l'assurance maladie, article 3).
- 226** En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 227** En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 228** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 27.
- 229** Conformément au maximum de la Règle d'application n° 27, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 232** La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives car il a déjà été payé à un autre professionnel.
- 233** L'acte pour lequel vous demandez une majoration ne peut être payé puisqu'il requiert une anesthésie générale (réf. : règle 24 du Préambule général).
- 234** En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 235** En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.
- 236** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 23.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 237** En raison de la Règle d'application n° 17, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 238** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18.
- 239** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18 et déjà payé à un autre professionnel.
- 240** En raison de la Règle d'application n° 19, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 241** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 072.
- 242** Conformément au maximum prévu à la règle 5.7 du Préambule général.
- 243** Le supplément de consultation n'est pas payable lorsqu'un patient a été examiné par un autre pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence du même centre hospitalier (réf. : règle 5 (règle 4 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000), Addendum 2 - Pédiatrie).
- 244** En raison de la règle 6 (règle 5 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie, le supplément de durée n'est rémunérable que deux fois par période de 12 mois pour un même malade.
- 245** En raison de la règle 8.2 de l'Addendum 4 - Chirurgie, en neurochirurgie, les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- 246** En raison de la Règle d'application n° 28, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 247** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25.
- 248** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25 et déjà payé à un autre professionnel.
- 249** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 250** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas inscrit. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas dans nos fichiers. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 253** Le code d'acte réclamé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez (réf. : article 2 de l'Addendum 1 - Médecine).
- 256** Seuls les médecins autorisés peuvent facturer des services avec ce modificateur.
- 257** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 258** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 259** Selon la note 2 relative à l'évaluation neuro-ophtalmologique, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un neurologue ou un neurochirurgien.



- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible à la date de l'acte.
- 262** La spécialité de classement du médecin référant doit être différente de celle du médecin traitant.
- 263** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.
- 264** Conformément à la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être la même que celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu, selon la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie).
- 265** Conformément à la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être différente de celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu, selon la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie).
- 266** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique).
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire).
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5, (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 273** En raison de la règle 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la visite payable dans le cas d'un patient traité d'urgence a déjà été réclamée.
- 274** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec votre spécialité.
- 275** En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- # 276** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie, vous ne pouvez facturer cet acte.
- 280** Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 281** Le montant des actes des sections cathétérismes veineux n'est pas comptabilisé dans le cumul du maximum d'honoraires payable pour les services codés 0300 ou 0310, car ils sont inclus dans le cathétérisme cardiaque.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 283** Seuls les médecins neurochirurgiens ou urologues désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour ces spécialités dans cet établissement.
- 284** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 285** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 286** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie).
- 287** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 288** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 289** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 297** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 23.1 du Préambule général).
- 298** Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299** Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif: le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300** Dates de visites rectifiées conformément aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 301** Sur une ligne de la section visites de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 302** Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 304** Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 136, 137, 138 et 139).
- 305** La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont réclamés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du Formulaire.
- 306** Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- 307** En raison de la règle 2 de l'Addendum 2 - Pédiatrie, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.

- 308** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée. Voir la note se rapportant au code d'acte facturé.
- 309** La date de l'accident est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. (Voir la date de réception dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 310** Conformément à une décision administrative de la CSST, la date de l'accident n'est pas valide.
- 311** La date de naissance de la personne est postérieure à la date des services rendus.
- 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 est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit être rédigée selon les indications décrites aux sections 4.5.4 et 4.6 sous l'onglet « Paiement ».
- 315** En raison de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 316** En raison de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 318** Conformément à la règle 2.8 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la facturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives, et la durée de la visite doit être inscrite.
- 319** Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour tenir compte de l'âge de la personne assurée.
- 320** La date de l'acte facturé sur cette ligne est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** La date de l'acte facturé sur cette ligne est manquante, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 327** Conformément à la règle 4.1 a. de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé puisqu'il requiert la pratique d'une manoeuvre obstétricale intra-partum spécifique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 328** Conformément à la règle 4.1 b. de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé puisqu'il requiert la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations décrits à la règle. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 330** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : article 1.4 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), de l'Annexe 5 - Tarif de la médecine en laboratoire).
- 331** Conformément à la règle 5.5 du Préambule général, aucun supplément ne peut être ajouté au tarif de la visite principale.
- 332** Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé que s'il est précédé d'une anesthésie.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 333** En raison de la Règle d'application n° 5, la facturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives (C.S.) dans le cas d'une anesthésie de moins de six unités de durée.
- 334** Conformément à l'Annexe 27 ou 28 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 005 et 006).
- 335** En raison de la règle 12.1 du Préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 336** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2 du Préambule particulier de la Radiologie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 337** En raison de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 338** L'acte facturé est inclus dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale. (Voir Lettre d'entente 3 dans la Brochure n° 1).
- 339** En raison de la Règle d'application n° 6, ces services ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence.
- 340** En raison de la Règle d'application n° 7, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 341** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 7, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 342** En raison de la Lettre d'entente 6 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 343** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Lettre d'entente 6 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 346** En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie) de l'Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 347** En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie) de l'Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 348** En raison de la règle 15.2 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) de l'Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.
- 349** En raison de la règle 14.4 du Préambule général, vous ne pouvez réclamer d'autre service avec le code d'acte indiqué en référence.
- 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.
- 351** Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez. (Réf. : article 3, Addendum 1 - Médecine)
- 352** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilège de pratique en hématologie dans l'établissement à la date où ces services ont été rendus.

- 354** Selon la note, les services rendus en établissement sont payables pour un patient de moins de 5 ans.
- 355** En fonction du libellé (description) de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé (description), une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- 359** En raison de la règle 24, 25 ou 27 du Préambule général, le modificateur 070, 142 ou 167 est non applicable puisque cet acte n'a pas été fait seul. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 360** Le code d'acte n'est pas inscrit. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **361** L'acte effectué doit être facturé en utilisant le code 00907 ou 00908 selon la note qui accompagne ces codes d'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 371** Le sexe de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé (description) respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 377** En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 378** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services, selon les dispositions relatives à la rémunération différente et à la rémunération progressive, et selon les données inscrites sur la ligne de service.
- 379** Le service ne peut être rémunéré car le numéro de dossier inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES correspond à un numéro de dossier refusé.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements supplémentaires pour son évaluation.
- 381** Les services ont été refusés car le test, le laboratoire choisi (nom et lieu) ou le numéro de dossier n'ont pas été inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vous reporter à l'**AVIS** qui figure à la règle 4 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 382** Le nombre de personnes traitées n'atteint pas le minimum requis pour cet acte à traitements collectifs.
- 383** Ce code d'acte doit être facturé dans la section ACTES.
- 384** Ce code d'acte doit être facturé sur plus d'une ligne.
- 386** En raison de la règle 4 du Préambule général, la Régie ne peut autoriser cette facturation.
- 392** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 397** Selon la Règle d'application n° 35, le maximum payable est dépassé.
- 398** Selon la Règle d'application n° 35, le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 399** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 400** Le service non négocié est payé sous le code d'acte indiqué sur votre état de compte et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 401** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 402** L'acte facturé n'a pas été inclus à l'Entente par décision du ministre de la Santé et des Services sociaux ou de votre Fédération.
- 403** Services non assurés par le régime d'assurance maladie.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** En raison d'un défaut de complètement.
- 410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 411** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 412** Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum.
- 414** L'acte facturé a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** Acte(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

- 417** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 2 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.
- 418** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 421** Suite à une entente entre les parties négociantes, le service non tarifé est payé sous le code d'acte indiqué mais, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 422** Le service non négocié est inclus dans l'acte indiqué en référence et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 423** Suite à une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 424** Le médecin bénéficiant du mode de rémunération mixte n'a pas droit à un supplément d'honoraires pour son travail d'assistance chirurgicale (rôle 4) (réf. : article 9 de l'Annexe 38 - Brochure n° 5).
- 425** Cet acte fait partie d'un autre acte qui est indiqué en référence.
- 426** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez l'inscrire dans la case DISTANCE.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 429** Lorsque le montant à réclamer pour vos frais de transport (code 09991) ou votre temps de déplacement (code 09992) atteint 1 000 \$ ou plus, vous devez facturer ce montant seul sur une demande de paiement, en mettant en référence le numéro de la demande de paiement sur laquelle vous avez réclamé le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.
- 435** L'inscription du code 09992 doit se faire sur la demande de paiement où l'indemnité de déplacement est demandée, sauf si l'indemnisation du temps de déplacement représente une somme de 1 000 \$ ou plus.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 440** Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte facturé ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 443** En raison de la règle 1.2 du préambule d'anesthésiologie - Addendum 8, l'acte réclamé en rôle 2 est non payable.
- 445** En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 448** Conformément au maximum prévu à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la Microbiologie-Infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 454** Service non assuré en vertu du décret 1374-84 (Chirurgie esthétique).
- 475** Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).
- 476** Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 477** Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).
- 478** Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 491** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 496** Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.
- 497** Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de la visite, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 500** L'acte est non tarifé. Voir la règle 4 du Préambule général du tarif d'honoraires.
- 501** Acte déjà tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour cet acte, conformément à la règle 16 du Préambule général.
- 502** Conformément à la règle 4 du Préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.
- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 504** Code d'acte payable les week-ends et les jours fériés seulement.
- 506** Code d'acte payable les fins de semaine seulement.
- 507** La date de sortie de l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 508** Conformément à la règle 5.4 du Préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie, cet acte ne peut être réclamé par le même professionnel plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.
- 509** En raison de la règle 8.1 du Préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.



- 510** En raison de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 512** En raison de la règle 22.1 du Préambule général, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 075.
- 513** En raison de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 514** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 515** En raison de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 516** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 518** Les actes réclamés n'étant pas de nature différente, non complémentaires et non inclus et ayant été pratiqués au cours de la même séance opératoire par des chirurgiens de la même spécialité, la règle 9 de l'Addendum 4 (Chirurgie) ne peut être appliquée dans ce cas.
- 519** En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 1.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 521** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 522** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 526** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 527** En raison de la règle 4.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 529** En raison de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 530** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 531** En raison de la règle 5.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.
- 539** En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540** Selon la règle 7.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 542** En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 543** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 544** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance.
- 545** En raison de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 546** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 547** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 548** En raison de leur libellé (description) et de la règle 12.1 du Préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 549** Tel que spécifié dans la Règle d'application n° 2, cet acte doit être accompagné de notes explicatives.
- 550** Le rôle demandé n'étant pas négocié pour cet acte, 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.
- 551** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui s'appliquent dans un établissement hospitalier d'une région insuffisamment pourvue de professionnels de la santé ou dans ceux visés par la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1).
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 554** Le rôle demandé est inexistant pour ce code d'acte.

- # 555 Conformément à la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 556 En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - obstétrique gynécologie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- # 557 Conformément à la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement en établissement ailleurs qu'à la salle d'urgence.
- 558 Conformément à la règle 25 du Préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- # 559 Conformément à la règle 1.1, 2.1, 2.2 ou 6.4 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, le modificateur 187 est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 560 Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.
- 561 Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.
- 562 Selon leur définition ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.
- 563 Le rôle et la spécialité sont incompatibles pour ce code d'acte.
- # 564 Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 189 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis.
- 565 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 566 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 567 En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.
- 568 L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 de l'Addendum 4 de la Chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 569 Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), le modificateur 050 s'applique jusqu'au 31 mars 2003. À compter du 1<sup>er</sup> avril 2003, conformément à la règle 3.3 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le modificateur 134 s'applique.
- 570 Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte.
- 571 Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.
- 572 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.
- 573 Conformément à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le modificateur est incompatible avec le code de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 574** L'heure indiquée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne correspond pas au modificateur employé. Veuillez vérifier et resoumettre, s'il y a lieu.
- 575** Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir la section 6 : Facturation des actes, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 576** Seuls les médecins désignés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement. (Voir la Lettre d'entente 109, Brochure n° 1).
- # **577** Conformément à la règle 14 du Préambule général, à la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes* et à la règle 4.2 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHGS).
- 578** Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.
- 579** Le modificateur utilisé est non permis pour l'établissement facturé.
- 580** Conformément à la Lettre d'entente 109 (Brochure n° 1), le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 581** Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à la Lettre d'entente 109.
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- # **583** Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 188 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe.
- 584** Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.
- 585** L'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un local sous gestion du gouvernement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 586** Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), la tarification 2/3-1/3 s'applique seulement si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente.
- 587** Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059).
- 588** Selon la règle 8 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), on accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.
- 589** La majoration d'honoraires pour l'horaire de soir, le week-end ou les jours fériés est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par les Annexes 10, 27 et 28.
- 590** Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine, et un jour différent d'un congé férié.
- 591** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour le paiement.

- 592** Les services sont refusés parce qu'ils n'ont pas été facturés conformément aux instructions de facturation. Veuillez vous conformer à l'avis administratif se rapportant au programme concernant la rémunération des médecins pour le complètement du rapport médical visé à la Loi sur la sécurité du revenu, sous l'onglet « Tarification des visites ».
- 593** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire.
- 594** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 595** Selon la Lettre d'entente 109, (Brochure n° 1), un seul supplément peut être payé par jour, par discipline.
- 596** La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.
- 597** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.
- 598** À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis qui figure sous l'acte facturé.
- # **600** La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : Annexe 38 ou 40 - Brochure n° 5). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 603** Conformément au maximum prévu à la règle 5.5 du Préambule général, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois par trimestre.
- 604** La majoration d'honoraires pour l'horaire de nuit (modificateur 007) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par l'Annexe 10.
- 605** Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait quotidien par discipline visée.
- 606** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 10.
- 607** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 11.
- 608** Conformément au Plafonnement d'activités PA 1, nerf somatique, le maximum étant atteint pour ce service médical, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 609** Conformément au Plafonnement d'activités PA 3, électro-encéphalogramme de base, le maximum étant atteint pour ce service médical en cabinet, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 610** Le total des honoraires est rectifié pour correspondre à la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 8.
- 613** Dépassement du maximum de visites de suivi oncologique payables (ref. : article 4 de l'Addendum 1 - Médecine).

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 614** Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la demande de paiement.
- 616** Selon l'Annexe 25 (Brochure n° 1), il ne peut être payé plus d'un supplément pour un même tour de garde.
- 617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Conformément à l'article 2.1 de la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait par période de six jours consécutifs.
- 621** Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins désignés par la Commission peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622** Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 625** Conformément aux tarifs en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626** Conformément à la règle 16 du Préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.
- 627** Facturation non conforme aux dispositions de la Lettre d'entente 97 (Brochure n° 1).
- 628** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 5.
- 629** Seuls les anesthésiologistes ou les chirurgiens généraux faisant partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la F.M.S.Q. ont droit à la prime de remplacement (réf. : article 2.2 de l'Annexe 32).
- 630** Conformément à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5), seuls les médecins désignés à l'Annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.
- 631** Facturation inadéquate du code de forfait demandé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 124 (Brochure n° 1).
- 632** En raison de l'Addendum 1 (Médecine) ou de la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), le supplément de durée n'est rémunérable qu'une fois par période de 12 mois pour un même malade.
- 633** Conformément au maximum permis à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1).
- 634** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.

- 635** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois (déjà réclamé par un autre professionnel).
- 636** Conformément à la Lettre d'entente 60 (Brochure n° 1), cet acte est compris dans l'honoraire global de l'acte indiqué en référence.
- 637** Conformément à la règle 2.8 de l'Addendum 4 (Chirurgie), nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.
- 638** Selon la Lettre d'entente A-14 (Brochure n° 1), il ne peut être payé plus d'un supplément pour un même tour de garde.
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Réf. : article 3.1 de l'Addendum 6 - hématologie, Annexe 5, Tarif de la médecine de laboratoire).
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'avis relatif à l'acte facturé.
- 641** Selon la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), le code 09893 est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel).
- 642** Facturation inadéquate de l'acte 09278. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 27 (Brochure n° 1).
- 643** Facturation inadéquate du code de forfait réclamé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1).
- 644** Facturation inadéquate de l'acte 09280. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 28 (Brochure n° 1).
- 645** Facturation inadéquate du code d'acte d'intervention de suivi. Veuillez vous référer à la règle 3 de l'Addendum 3 (psychiatrie).
- # **646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5).
- 647** Les unités de durée ne sont pas payables pour cet acte.
- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».
- 649** Conformément à l'article 7 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept (7) quantités (dates) par ligne peut être inscrit dans la section visites.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 654** Ajustement d'intérêt.

- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Facturation inadéquate de l'un des actes de « supplément de garde ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation suivant l'Annexe 25 (Brochure n° 1).
- 658** Facturation inadéquate de l'acte 09130 ou 09140. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 10 (Brochure n° 1).
- 659** Service(s) non rémunéré(s) à la suite de la décision de la CSST.
- 660** Seuls des codes d'acte de traitements collectifs peuvent être facturés sur la même demande de paiement.
- 661** La date de l'accident ou de l'événement exigée pour des services imputables à la CSST est absente ou invraisemblable.
- 662** Les demandes de paiement pour les services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST doivent porter les indications suivantes:  
  
La lettre « S » dans la case C.S. et la date de l'événement ou de l'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case C.S.
- 664** Le nombre de jours inscrit dans la case NOMBRE ne correspond pas aux quantités (dates) mentionnés dans la case JOUR. Voir la section 3.2.8 Visites, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 667** Le code d'acte utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant le remplacement d'un médecin effectué en vertu de l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 669** Dans la section VISITES, les honoraires demandés doivent être inférieurs à 1 000\$ par ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 673** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 32.
- 674** Conformément au maximum prévu à la règle 2 ou à la règle 6 (règle 5 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie.
- 675** Conformément à l'article 6 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins présidant des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 676** Conformément aux explications paraissant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- 677** Tel que mentionné à l'AVIS sous l'acte, veuillez inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.



- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 681** Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.
- 682** Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.
- 683** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et selon les renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 684** Conformément à l'article 7 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins présidant des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 686** Conformément à la règle 16 du Préambule général, lorsqu'un acte inscrit au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.
- 687** Selon l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), un seul supplément peut être payé pour un même tour de garde.
- 688** Le code d'acte utilisé ne correspond pas au type de contrat que vous détenez dans l'établissement inscrit. Veuillez vérifier les conditions d'application de l'Annexe 25 (Brochure n° 1), et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 689** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 690** 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.
- 693** En vertu de la règle 11 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste est rémunéré au demi-tarif jusqu'au 30 septembre 2004 et à 1% du tarif à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2004 pour l'anesthésie entreprise auprès d'un deuxième malade alors qu'une première anesthésie est déjà en cours auprès d'un premier malade sauf s'il s'agit d'une urgence grave mettant en danger la vie du patient ou d'un cas d'obstétrique.
- 694** Conformément à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être rémunéré puisque, selon les renseignements fournis, les conditions d'application établies pour le remplacement pour congé de certains médecins attachés aux établissements hospitaliers désignés par le ministre, ne sont pas satisfaites.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 699** Facturation inadéquate de l'un des codes d'acte de « supplément de garde en disponibilité lors d'un remplacement ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1).
- 700** Sur cette demande de paiement, seule la ligne DÉPLACEMENT est remplie.  
Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988) n'a pas été rempli.
- # **704** Selon la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), le code 09893 est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de six jours consécutifs.
- 705** Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou le code d'établissement et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 706** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 31.
- # **707** Le temps de déplacement (code 09992) ne peut être facturé seul. Veuillez refacturer en fournissant les renseignements et les documents concernant vos frais de déplacement. Si ceux-ci ont déjà été transmis à la Régie avec une autre demande de paiement, en inscrire le **numéro** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 708** La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés en fonction de la distance **unidirectionnelle** spécifiée dans le Guide des distances routières publié par le Ministère des transports du Québec.
- 709** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'Annexe 23 (Brochure n° 1), la distance parcourue doit être de plus de 40 kilomètres.
- 710** Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.
- # **711** Selon l'Annexe 23, les codes 09991 et 09992 sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans un territoire désigné.
- 712** Selon l'Annexe 23, vous n'êtes pas admissible au remboursement du temps de déplacement.

- 713** Conformément à l'Annexe 23, les frais de déplacement s'appliquent seulement au médecin spécialiste qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier du Québec.
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 717** Selon l'article 2.1a de l'Annexe 23, les frais de déplacement ne sont remboursables que sur présentation de pièces justificatives.
- 718** Les frais d'un seul déplacement par semaine dans un même centre hospitalier sont payables en vertu de l'article 3 de l'Annexe 23.
- 719** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'Annexe 23.
- 720** Selon l'Annexe 23, les frais de séjour ne sont pas remboursables par la Régie.
- 721** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'Annexe 23. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- 722** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 29.
- 723** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 28.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Le temps de déplacement a été rectifié selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- # **726** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 729** En raison de la règle 4 de l'Addendum 5 (musculo-squelettique), la majoration des honoraires ne s'applique pas.
- 730** Remboursement à la personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie.  
Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 731** Les honoraires ont été ajustés selon les renseignements fournis. (règle 9.1 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie).
- 734** Selon la règle 4 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.
- 735** Conformément à la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.
- 736** Conformément à la règle 23.1 du Préambule général, les modificateurs 060 et 063 sont acceptables seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 737** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA-12.
- 738** En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 027.
- 739** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 740** Selon la règle 4 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), la majoration d'honoraires pour réduction ouverte (MOD=039) ainsi que celle pour la reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments (MOD=020) ne s'applique pas s'il y a micro-anastomose neurovasculaire.
- 741** En raison de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 049.
- 742** En raison de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est non payable avec celui indiqué en référence.
- 743** En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 744** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 745** Conformément à l'article 1.2.1.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 746** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1).
- 747** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 748** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1).
- 749** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 750** Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 751** En raison de la règle 4.9 de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs.
- 752** En raison de la règle 4.9 de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs et il est déjà facturé par un autre professionnel.
- 753** Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'Annexe 29, dans la Brochure n° 1).
- 754** Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures et il est déjà facturé par un autre professionnel (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'Annexe 29, dans la Brochure n° 1).

- 755** Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 756** Seuls les médecins désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour cet acte dans cet établissement.
- 757** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 21.
- 758** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 22.
- 759** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 23.
- 760** Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.
- 761** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 26.
- 762** Facturation inadéquate du code de supplément de garde. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- # **763** La prime de remplacement (code 09213) ne peut être payée au médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'Annexe 36.
- 764** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102, 112 ou 128 (Brochure n° 1).
- 765** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102 ou 112 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un ou plusieurs professionnels.
- 766** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 767** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 30.
- 768** Conformément au maximum prévu à l'article 2 de la Règle d'application n° 19.
- 769** En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 770** En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et réclamé par un autre professionnel.
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 773** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 775** Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 776** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 778** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).
- 779** Conformément au maximum prévu à la règle 2.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).
- 780** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 9 (Génétique médicale), le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.
- 781** En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable**.
- 782** En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable** et *facturé par un autre professionnel*.
- 783** La visite de départ doit être effectuée le dernier jour de l'hospitalisation de la personne assurée.
- 784** En raison de la règle 5.2 du Préambule général, la visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures.
- 785** Seuls les médecins bénéficiant de la rémunération mixte peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement.
- 786** Selon la Lettre d'entente 133 (Brochure n<sup>o</sup> 1), le code d'acte 09724 est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de 3 jours consécutifs, du lundi au vendredi.
- 787** Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788** Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre médecin.
- 789** Un seul forfait par jour est payable selon les conditions de la Lettre d'entente 135 ou 138 (Brochure n<sup>o</sup> 1).
- 790** En raison de la note inscrite sous le code d'acte 00643, vous ne pouvez vous prévaloir du code d'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 794** Selon l'Annexe 23, le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 795** Selon l'Annexe 23, la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est limitée à une heure.
- 796** Lors d'un déplacement, seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 797** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 800** Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.

- 801** Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 802** Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 803** Le code d'établissement ou de localité, selon le cas, est manquant, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 804** Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est inexistant à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 806** Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 807** Selon la Règle d'application n° 9 (Obstétrique-Gynécologie), aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement thérapeutique et pour les soins reliés pratiqués en cabinet privé.
- 808** Conformément à la Règle d'application n° 11, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 809** Conformément à la Règle d'application n° 12, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 811** Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.
- 812** Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 813** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 814** Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.
- 816** Conformément à l'Annexe 25 (Brochure n° 1), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.
- 817** Les traitements de réadaptation physique donnés en clinique sont payables seulement lorsque le propriétaire exploitant, le 30 juin 1987, était un médecin physiatre.
- 818** Selon l'article 3 de l'Annexe 16 (Brochure n° 1), celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires de la Régie pour sa pratique en établissement. De plus les renseignements fournis, ne nous permettent pas d'identifier une des exceptions prévues à la Lettre d'entente 25 ou à l'article 3.1 de l'Annexe 16.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 819** En raison de son libellé (description), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 820** Les services ne peuvent être rémunérés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier, car l'établissement ne figure pas à l'annexe de la Lettre d'entente A-33 (Brochure n° 1).
- 821** La date d'entrée à l'établissement est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 822** La date d'entrée à l'établissement ou à l'unité coronarienne est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 825** Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 826** Conformément à l'Annexe 27 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 827** Conformément à l'Annexe 28 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 830** Conformément à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1), les traitements de physiothérapie donnés en clinique ne peuvent être facturés pour les personnes assurées âgées de moins de 65 ans.
- 831** Le modificateur 170 ne peut être autorisé lorsqu'il est facturé dans un établissement autre qu'un de ceux reconnus par le ministre versus certains actes s'appliquant à la téléhémodialyse.
- 833** Conformément à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.
- 834** Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 838** Le maximum de forfaits de garde est dépassé. Si nécessaire, le Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement pourra nous faire parvenir votre demande de révision accompagnée de la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou le détail des heures, s'il y a lieu).
- 839** Conformément aux annexes 10, 27 et 28 (Brochure n° 1), le modificateur 073 est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 841** Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1).



- 842** En psychiatrie, seules sont payées les assignations pour une garde dans un centre hospitalier situé à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec (réf. : Annexe 25, 26 ou 33 dans la Brochure n° 1).
- 843** Conformément à la Lettre d'entente 95 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 844** Conformément à la Lettre d'entente 96 ou 123 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 845** Les services réclamés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'annexe 36 doivent être dispensés dans l'établissement visé à l'avis de désignation présent dans nos fichiers à la date de service.
- 846** Conformément à la Lettre d'entente 124 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- # **847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : Annexe 38 ou 40 - Brochure n° 5).
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 858** Conformément à la Lettre d'entente 122 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 859** Conformément à la Lettre d'entente 102 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 861** Conformément à la Lettre d'entente 112 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 862** Conformément à la règle 27 du Préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 870** Conformément à l'article 8.6 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture le montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut demander le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
- 871** Conformément à l'article 11.1 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h.
- 872** Conformément à l'article 12.1 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2 de cette même annexe.
- 873** Conformément à l'article 14.1 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré au sein d'un autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.
- 874** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le médecin spécialiste en anesthésiologie qui facture un supplément d'honoraires de 70 %, entre 7 h et 17 h, dans un des centres de douleur chronique ne peut demander le paiement d'un autre supplément d'honoraires au cours de cette période de 7 h à 17 h.

## 5. MESSAGES EXPLICATIFS

## Spécialistes

- 875** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'Annexe 38 (Brochure n° 5), en Obstétrique-Gynécologie, ces actes ne sont pas payables entre 7 h et 17 h une journée où le médecin exerce en cabinet privé et doit se rendre d'urgence à l'établissement.
- 883** Conformément au maximum prévu à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), les honoraires de ce service ne sont pas payables.
- 884** Conformément au maximum prévu à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), les honoraires de ce service ne sont pas payables *car facturés par un autre professionnel*.
- 885** Selon les annexes et les lettres d'entente régissant la garde en disponibilité, un seul supplément de garde est payable le même jour.
- 900** Demande de paiement annulée à la suite de votre demande.
- 901** L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section PRE-VALIDATION du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 908** Il y a recouvrement du pré paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 914** Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». *Pour l'acte 9943, seule la lettre « A » dans la case C.S. est exigée.*
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Une demande de révision ou d'explication doit être rédigée sur le formulaire n° 1549.

- 925** À la suite des communications antérieures.
- # **926** Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 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.
- 936** Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.
- 937** Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.
- 938** Service déjà réclamé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire, ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres, est manquant ou est erroné. Voir la section 3.2.2, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 941** Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est manquant ou erroné. Voir la section 3.2.5, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 942** La date des services est manquante, incomplète ou erronée. Voir la section 3.0, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 944** Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul dans la section ACTES de la demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié à la suite d'une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960** Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.

- 968 En raison de la règle 1 (règle 2 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000) de l'Addendum 1 (Médecine), le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**, le code d'acte est **non payable** s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et **facturé par un autre professionnel**, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et **facturé par un autre professionnel**.
- 974 En raison de la règle 11 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence.
- 975 En raison de la règle 11 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence et **facturé par un autre professionnel**.
- 980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 981 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**. *Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.*
- 982 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et **facturé par un autre professionnel** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 997 Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section RÈGLEMENT du rapport « Retour d'erreur » transmis par la Régie.
- 998 À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.  
Dossier assujéti aux dispositions relatives à la Rémunération différente.
- 999 À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.