

## ENTENTE

ENTRE

### LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

organisme légalement constitué en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L.R.Q., c. S-2.1), ayant son siège au 524, rue Bourdages (Québec) G1K 7E2 ;

représenté aux présentes par monsieur Réal Bisson,  
son président du conseil d'administration et chef de la direction *par intérim*,

(ci-après appelé la « Commission »)

ET

### LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

organisme légalement constitué en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec) G1S 1E7;

représenté par monsieur Pierre Roy,  
son président-directeur général,

(ci-après appelé la « Régie »)

RELATIVE AUX RÈGLES RÉGISSANT LE REMBOURSEMENT  
DES SERVICES MÉDICAUX ET MÉDICO-ADMINISTRATIFS  
RENDUS PAR DES MÉDECINS  
OU DES SERVICES RENDUS PAR DES CHIRURGIENS BUCCAUX OU MAXILLO-FACIAUX

(26.6.2007 )

ATTENDU QUE la Commission est une personne morale, en vertu de l'article 138 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L.R.Q., chapitre S-2.1);

ATTENDU QUE la Commission peut, en vertu de l'article 170 de la même loi, conclure des ententes conformément à la loi avec un ministère ou un organisme du gouvernement, un autre gouvernement ou l'un de ses ministères ou organismes en vue de l'application des lois et des règlements qu'elle administre ;

ATTENDU QUE la Régie est une personne morale, en vertu de l'article 3 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5) ;

ATTENDU QUE, le gouvernement peut, en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, autoriser la Régie à conclure des accords avec tout gouvernement ou organisme, ainsi qu'avec toute personne, association ou société pour les fins de cette loi, de la *Loi sur l'assurance maladie* ou d'une autre loi;

ATTENDU QUE la Régie assume, en vertu du quatorzième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chapitre A-29), le coût des services visés au paragraphe 6 du premier alinéa de l'article 53 de la *Loi sur les accidents du travail* (L.R.Q., chapitre A-3) et de l'article 196 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.R.Q., chapitre A-3.001) qui sont rendus par un professionnel de la santé, y compris ceux d'un membre du Bureau d'évaluation médicale ou d'un membre d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires ou d'un comité spécial agissant en vertu du chapitre VI de cette loi, mais à l'exception des services rendus par un professionnel de la santé à la demande de l'employeur;

ATTENDU QUE, en vertu du seizième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la Régie assume aussi le coût des services et des biens prévus aux programmes qu'elle administre en vertu du premier alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, selon les conditions et les modalités prévues à ces programmes;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 197 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et en vertu du paragraphe 13 du premier alinéa de l'article 53 de la *Loi sur les accidents du travail*, la Commission rembourse à la Régie le coût des services qu'elle a assumé pour elle, de même que les frais d'administration qui s'y rapportent;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 2.1 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, la Régie récupère de la Commission le coût des services et des biens qu'elle assume en vertu d'un programme que la loi ou le gouvernement lui confie, dans la mesure où ce programme le prévoit, ainsi que le coût des services qu'elle a assumé conformément à la *Loi sur les accidents du travail* ou de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, en vertu du quatorzième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, de même que les frais d'administration qui s'y rapportent;

ATTENDU QUE, en vertu du décret 3246-81 du 25 novembre 1981, la Commission a confié à la Régie l'administration du programme de traitement et de paiement des demandes de paiement concernant la rémunération des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de biens ou de services relativement aux services de santé rendus et aux biens fournis notamment en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières* (L.R.Q., c. I-7) et de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* ;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 506 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières* demeure en vigueur à l'égard de certaines réclamations;

ATTENDU QUE toutes les dispositions qui ne sont pas incompatibles de la *Loi sur les accidents du travail* (L.R.Q., chapitre A-3) s'appliquent également dans le cas de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières* (L.R.Q., c. I-7), en vertu du second alinéa de l'article 11 de cette dernière loi ;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 17 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, les employés du gouvernement du Canada sont soumis à cette loi dans la mesure où une entente conclue entre le gouvernement du Canada et la Commission en vertu de l'article 170 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* prévoit les modalités d'application de la *Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État* (S.R.C. c. G-5) et qu'une telle entente a été conclue à cet égard le 16 novembre 1989 ;

ATTENDU QUE la Commission et la Régie ont, depuis 1981, convenu de modalités administratives et d'ententes à l'égard de la responsabilité confiée à cette dernière en matière de paiement aux médecins pour les services qu'ils rendent et au sujet des remboursements de ces paiements par la Commission, dont notamment l'entente du 31 août 1988 autorisée par le décret 752-87 du 13 mai 1987 et, le 18 novembre 1996, l'*Accord relatif aux règles régissant le remboursement des services rendus par les médecins* ;

ATTENDU QUE les représentants de la Commission et de la Régie ont poursuivi depuis leurs discussions pour réviser certaines de ces règles et que la présente entente en résulte;

**EN CONSÉQUENCE, SOUS RÉSERVE DE L'AUTORISATION DU GOUVERNEMENT, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

**CHAPITRE 1. PRÉAMBULE**

Les Attendus font partie intégrante de la présente entente.

**CHAPITRE 2. DISPOSITION HABILITANTE**

*Disposition  
habilitante*

- 2.1 La présente entente est conclue, pour la Commission, en vertu de l'article 53.1 de la *Loi sur les accidents du travail*, de l'article 198 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* de même que l'article 170 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et, pour la Régie, en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*.

**CHAPITRE 3. OBJETS**

*Remboursement  
des services  
médicaux*

- 3.1 La présente entente a pour objet de fixer les règles relatives au remboursement, par la Commission, des sommes que la Régie verse aux médecins ou aux chirurgiens buccaux ou maxillo-faciaux pour l'ensemble des clients visés par la présente entente. Ces services incluent les services médicaux rendus au bénéfice des travailleurs qui sont capables d'exercer leur emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée leur lésion professionnelle et qui ne donnent lieu à aucune autre prestation.

*Frais d'administration* 3.2 Elle a également pour objet de déterminer le montant des frais d'administration payables par la Commission ainsi que les modalités de paiement de ceux-ci.

#### CHAPITRE 4. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente entente, on entend par :

- « *ajustement* » a) ajustement : action de révision monétaire de la Régie qui fait suite à la validation d'un service en traitement nouvellement reçu par elle dont un professionnel de la santé réclame les honoraires, conformément aux dispositions de l'entente concernée intervenue entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales ou l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec;
- « *année financière* » b) année financière : année financière de la Régie, soit la période écoulée entre le 1<sup>er</sup> avril d'une année et le 31 mars de l'année suivante;
- « *association* » c) association : opérations informatiques effectuées par la Commission et décrites à l'Annexe 6;
- « *client* » d) client :
- une personne ayant droit aux bénéfices de la *Loi sur les accidents du travail* (L.R.Q., chapitre A-3), en vertu des dispositions de cette loi ou en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières* (L.R.Q., chapitre I-7)
  - une personne dont la Commission a reconnu qu'elle a subi une lésion professionnelle au sens de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.R.Q., chapitre A-3.001) ou de la *Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État* (S.C.R., chapitre G-5), ou soumettant une nouvelle réclamation en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières* (L.R.Q., chapitre I-7)
  - une travailleuse enceinte ou qui allaite et dont la demande de retrait préventif au sens de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L.R.Q., chapitre S-2.1) a été acceptée par la Commission ;
- « *demande de paiement* » e) demande de paiement : aux fins du remboursement par la Commission, détail des informations tirées du relevé d'honoraires ou de tout autre formulaire prescrit en vertu du paragraphe a) de l'article 72 de la *Loi sur l'assurance maladie*, auquel s'ajoutent certains indicateurs ou éléments de facturation, dont le contenu est décrit à l'entente visée à l'article 7.6;
- « *identification* » f) identification : opérations informatiques effectuées par la Régie et décrites à l'Annexe 8 pour déterminer les services médicaux « T »;
- « *indemnité de remplacement du revenu* » g) indemnité de remplacement du revenu : montant que la Commission verse à un client, lorsqu'il y a droit, à titre d'indemnité de remplacement du revenu ou, lorsque le contexte s'y prête, montant d'indemnité financière dans le cadre de l'une des lois mentionnées au paragraphe d);

- «jumelage» h) jumelage : opérations informatiques effectuées par la Commission, décrites à l'Annexe 5 ;
- «lésion professionnelle» i) lésion professionnelle : une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation, au sens de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de la *Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État* ou, lorsque le contexte s'y prête, une cause d'indemnisation donnant droit aux indemnités prévues à la *Loi sur les accidents du travail* ou une lésion au sens de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières*;
- «rectification » j) rectification : action de révision monétaire de la Régie qui fait suite à une demande de révision ou à une contestation du paiement de ses honoraires transmise par un médecin, à un changement négocié rétroactivement dans une entente entre le Ministère de la santé et des Services sociaux et les fédérations médicales ou l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec ou encore à la suite d'une demande de révision interne ;
- «refus d'admissibilité » k) refus d'admissibilité : la décision négative que prend la Commission à l'égard d'une réclamation d'un client ou celle d'une instance d'appel si l'employeur ou le client a demandé la révision d'une décision ;
- « regroupement de diagnostics » l) regroupement de diagnostics : les regroupements de diagnostics décrits à l'Annexe 10;
- «services médicaux rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte» m) services médicaux rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte :
- dans le cas des médecins spécialistes, les services médicaux visés à l'Annexe 38 de l'Accord-cadre des médecins spécialistes *concernant l'instauration du mode de rémunération mixte* et ceux visés par l'Annexe 40 du même Accord-cadre, *concernant l'instauration du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence*, exception faite des services médicaux « S » et des services médicaux « T »;
  - dans le cas des médecins omnipraticiens, les services médicaux visés par l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, de même que ceux visés par l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré, ceux rendus par des médecins œuvrant en centres de réadaptation, de même que ceux rendus en vertu de l'Entente particulière Soins intensifs ou coronariens, exception faite des services médicaux « S » et des services médicaux « T »;

- rendus aux clients et facturés à la Commission par la Régie, selon ce qui est prévu à l'Annexe 4 ;
- «services médicaux « S » »
- n) services médicaux «S» : les services médicaux rémunérés à l'acte en vertu des ententes entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales, rendus aux clients et qui sont nommément spécifiés, par la lettre «S», sur les demandes de paiement des médecins, lesquelles doivent comporter une date d'accident ou d'événement, selon les instructions de facturation déterminées par la Régie;
- Ils comprennent également les services rémunérés à l'acte en vertu des ententes entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec rendus aux clients et qui sont nommément spécifiés, par la lettre « S », sur les demandes de paiement des chirurgiens buccaux ou chirurgiens maxillo-faciaux, lesquelles doivent comporter une date d'accident ou d'événement, selon les instructions de facturation déterminées par la Régie ;
- «services médicaux « T » »
- o) services médicaux «T» : les services médicaux rémunérés à l'acte en vertu des ententes entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales ou l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, rendus aux clients par les médecins et qui ont fait l'objet d'identification par la Régie;
- «services médico-administratifs»
- p) services médico-administratifs : les rapports complétés par les médecins au bénéfice des clients, conformément aux ententes intervenues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales et ce, afin de répondre aux exigences des lois administrées par la Commission ;
- « surpayé »
- q) surpayé : tout montant versé par la Commission à la Régie pour un client pour des services médicaux « S », des services médicaux « T », des services médico-administratifs, lorsqu'il appert ultérieurement qu'il n'aurait pas dû être versé, que ce soit en raison de motifs légaux, d'absence de relation avec une lésion professionnelle ou de toute autre cause convenue entre la Régie et la Commission, conformément à l'article 9.1 de la présente entente ;
- «validation»
- r) validation : les opérations informatiques décrites à l'Annexe 7 utilisées par la Régie pour sélectionner les services à soumettre à la Commission pour remboursement ou, selon le contexte, les opérations informatiques décrites à l'Annexe 9 par lesquelles la Commission accepte de traiter les services sur les demandes de paiement soumises par la Régie.

## CHAPITRE 5. OBLIGATIONS DE LA RÉGIE

- Ententes* 5. 1 La Régie paie les services médicaux « S », les services médicaux « T », les services médicaux rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte et les services médico-administratifs conformément aux règles et aux tarifs des ententes conclues à l'égard des différents modes de rémunération entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales ou l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* .

- Interprétation* 5.2 Pour les fins de l'application de la présente entente, la Régie donne l'interprétation officielle de ces ententes ainsi que des règlements concernant la *Loi sur l'assurance maladie*.
- Services médicaux «T»* 5.3 La Régie identifie les services médicaux « T » conformément au processus d'identification prévu à l'Annexe 8.
- Facturation* 5.4 Après validation, la Régie facture à la Commission, généralement aux quatorze (14) jours :
- les services médicaux « S » et les services médicaux « T » et leurs ajustements;
  - les services médico-administratifs et leurs ajustements;
  - les acomptes de frais d'administration afférents aux demandes de paiement selon ce qui est prévu à l'Annexe 3.
- Dans le cas des frais décrits à l'Annexe 3 et des services décrits à l'Annexe 4, la facturation s'effectue à la fréquence qui y est prévue.
- Rectifications* 5.5 La Régie facture la Commission de façon distincte et l'avise à l'avance lorsque des rectifications impliquent de nombreuses demandes de paiement.
- La Régie s'entend avec la Commission sur les modalités d'une telle facturation de rectifications en tenant compte des volumes et des montants en cause.
- La Régie rembourse à la Commission les rectifications que celle-ci lui facture, le cas échéant, en vertu de l'article 6.3, dans les trente (30) jours de la réception de cette réclamation.
- Services rémunérés à l'acte* 5.6 La Régie facture la Commission pour les services médicaux « S » et les services médicaux « T » au même montant que celui payé aux médecins les ayant rendus.
- Remboursement compensatoire* 5.7 La Régie facture annuellement à la Commission un remboursement compensatoire pour les services médicaux rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte, pour les services des médecins radiologistes qui effectuent des radiographies des poumons (actes 09943) ou, pour les clients atteints de maladie pulmonaire professionnelle, des radiographies des poumons (actes 08100) ainsi que pour la moitié des services médicaux dont les diagnostics apparaissent à l'Annexe 1 et qui ne sont pas autrement facturés, le tout conformément à ce qui est prévu à l'Annexe 4.
- Étude spécifique* 5.8 La Régie peut entreprendre, pour donner suite à une demande écrite de la Commission, une étude spécifique des caractéristiques de la facturation d'un médecin ayant fourni des services médicaux « S », des services médicaux « T » ou des services médico-administratifs à l'un ou plusieurs de ses clients et informe la Commission des surpayés qui en résultent, le cas échéant.
- Remboursement* 5.9 La Régie rembourse à la Commission les montants visés aux articles 5.4 et 5.5, dans les trente (30) jours du moment où ces montants sont récupérés des médecins par compensation ou autrement, dans le cadre des articles 22.2 et 50 de la *Loi sur l'assurance maladie*, des ententes conclues en vertu de l'article 19 de cette même loi, ou à la suite d'une étude spécifique demandée par la Commission, en vertu de l'article 5.8.

<i>Refus d'admissibilité et surpayés</i>	5.10	Après vérification, la Régie rembourse également à la Commission, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la réception de la réclamation détaillée de cette dernière, le montant réclamé par la Commission en vertu de l'article 6.4.
<i>Frais d'administration</i>	5.11	La Régie facture la Commission pour les frais d'administration annuels, selon ce qui est prévu à l'Annexe 3.
<i>Ajustement annuel</i>	5.12	La Régie procède à l'ajustement du montant des frais annuels d'administration payables par la Commission et facture ou rembourse celle-ci dans les trente (30) jours suivant la fin de son année financière, en déduisant du montant des frais d'administration annuels fixés à l'Annexe 3, l'ensemble des sommes payées par la Commission à titre d'acompte durant l'année financière.
<i>Changements</i>	5.13	<p>La Régie informe la Commission de tout changement apporté à ses formulaires ou documents de facturation susceptible d'entraîner des modifications aux instructions de facturation des services médicaux ou des services médico-administratifs rendus aux clients visés par la présente entente.</p> <p>Elle informe également la Commission si elle ne lui transmet pas sur une demande de paiement une date d'événement, un diagnostic ou un code d'acte provenant de la facturation d'un médecin.</p>

## CHAPITRE 6. OBLIGATIONS DE LA COMMISSION

<i>Opérations informatiques</i>	6.1	La Commission procède à ses opérations de validation, de jumelage et d'association afin de reconnaître le plus exactement possible tous les services médicaux « S », les services médicaux « T » et les services médico-administratifs qui sont en lien avec ses clients.
<i>Remboursements</i>	6.2	<p>La Commission rembourse à la Régie :</p> <p>a) les services médicaux «S» et les services médicaux «T» qu'elle reconnaît en lien avec une lésion professionnelle au terme de chaque opération de jumelage ;</p> <p>b) l'ensemble des services médico-administratifs, selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les services médico-administratifs figurant sur une demande de paiement rejetée par opération de validation du code de diagnostic;</li> <li>- les services médico-administratifs jumelés à ses dossiers de clients, au terme de chaque tentative de jumelage;</li> <li>- les services médico-administratifs résiduels, au terme d'une période de six (6) mois de tentatives de jumelage;</li> </ul> <p>c) les services médicaux «S» qu'elle reconnaît en lien avec une lésion professionnelle au terme d'une opération d'association ;</p>



- d) le montant compensatoire fixé à l'Annexe 4 pour compenser pour les services médicaux rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte, les services des médecins radiologistes qui effectuent des radiographies des poumons (actes 09943) ou, pour les clients atteints de maladie pulmonaire professionnelle, les radiographies des poumons (actes 08100), ainsi que pour la moitié des services médicaux dont les diagnostics apparaissent à l'Annexe 1 et qui ne sont pas autrement facturés;
- e) les acomptes sur les frais d'administration annuels qui lui sont facturés sur les demandes de paiement dont les services sont reconnus en lien avec une lésion professionnelle;
- f) l'ajustement des frais d'administration annuels prévus à l'Annexe 3;
- g) les ajustements sur les demandes de paiement qui sont supérieurs à un dollar (1 \$);
- h) les rectifications.

*Délais de paiement*

6.3 La Commission rembourse la Régie des sommes prévues aux paragraphes a), b), c), e) et g) de l'article 6.2 dans les trois (3) jours ouvrables suivant le traitement informatique et sa vérification;

La Commission rembourse la Régie des sommes prévues aux paragraphes d) et f) de l'article 6.2 dans les trente (30) jours suivant leur facturation;

La Commission rembourse ou facture à la Régie les rectifications prévues au paragraphe h) de l'article 6.2 dans les trente (30) jours suivant le traitement et sa vérification, après les avoir soumis préalablement aux processus de jumelage et d'association habituels.

*Refus d'admissibilité et surpayés*

6.4 La Commission réclame annuellement de la Régie les services médicaux liés à ses dossiers faisant l'objet de refus d'admissibilité. Elle réclame les surpayés lorsqu'elle en détermine.

La Commission établit la somme dont elle réclame remboursement à la Régie et dépose une réclamation détaillée à cet effet.

*Développements informatiques*

6.5 Après entente avec la Régie, la Commission paie le coût de développement des systèmes informatiques de la Régie qu'elle requiert pour son seul bénéfice relativement au remboursement des paiements des services médicaux et médico-administratifs acquittés par la Régie à ses clients et ce, sous réserve de l'article 9.1.

**CHAPITRE 7. DISPOSITIONS DIVERSES**

*Suivi de l'entente*

7.1 La Commission et la Régie désignent chacune, dans les quinze (15) jours suivant l'entrée en vigueur de la présente entente, un responsable qui est chargé du suivi de cette entente.

Adresses  
des avis

7.2 Aux fins de la transmission d'un avis prescrit par la présente entente, la Commission et la Régie ont respectivement les adresses suivantes :

- a) Le Secrétaire de la Commission  
Commission de la santé et de la sécurité du travail  
1199, rue de Bleury, 14<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3C 4E1;
- b) Le Secrétaire de la Régie  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
1125, Grande Allée Ouest  
Québec (Québec) G1S 1E7.

Exclusions de  
facturation

7.3 Sous réserve d'une modification telle que prévue à l'article 9.1 de l'entente et des dispositions de l'Annexe 4, la Régie ne peut facturer la Commission dans les cas suivants :

- Pour toutes les mesures incitatives consenties aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes et contenues aux ententes conclues entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* ; ce qui comprend notamment les frais de ressourcement, les frais de sortie, les primes d'éloignement, les frais de déménagement, les primes de rétention dans les secteurs isolés, les primes de remplacement, les primes de revalorisation, les primes de rétention et l'assurance responsabilité professionnelle;
- Pour le service médical rendu, le cas échéant, par le médecin complétant un *Certificat de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite* (code 9970);
- Pour tous les services médicaux rendus sans qu'ils ne puissent être rattachés à un dossier d'un client, notamment ceux rendus par les médecins œuvrant dans les services de laboratoire en établissement (SLE) ou en vertu d'ententes qui ne requièrent pas d'en identifier le bénéficiaire par son numéro d'assurance maladie.

## Annexes

7.4 Les Annexes font partie de la présente entente.

Personne  
responsable

7.5 La Commission et la Régie identifient chacune une personne responsable dont le mandat est notamment d'assurer l'application de l'ensemble des conditions prévues à la présente entente.

À partir de l'objectif d'assurer aux parties le respect de leurs droits et obligations eu égard à cette entente, les personnes responsables tiennent à jour certaines données ou certains critères qui servent à la validation des demandes de paiement et qui sont identifiés aux Annexes 1, 2 et 10 de l'entente, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une demande de modification formelle ni à la conclusion d'une nouvelle entente par la signature des représentants autorisés des parties.

Les parties conviennent par ailleurs que les médecins qui travaillent pour elles pourront convenir ensemble des modifications à apporter aux Annexes 1, 2 et 10, en informant toutefois les personnes responsables de leurs travaux.

*Communication* 7.6 Aux fins des articles 5.4, 5.5, 5.8, 5.9, 6.2 et 6.4, les renseignements transmis entre les parties sont ceux mentionnés à l'entente de communication de renseignements en vigueur entre la Régie et la Commission et la communication s'effectue selon les modalités prévues à cette entente.

## **CHAPITRE 8. MISE EN VIGUEUR, MESURES TRANSITOIRES, DURÉE ET RECONDUCTION**

*Entrée en vigueur* 8.1 La présente entente entre en vigueur à la date de sa signature, avec une portée rétroactive au 1<sup>er</sup> avril 2006 quant au remboursement des frais d'administration et du remboursement compensatoire prévus aux articles 5.7, 5.11, 6.2 d) et f) et 6.3.

*Exceptions* Toutefois, les parties conviennent que la présente entente s'appliquera à l'égard des demandes de paiement comportant des codes de diagnostics apparaissant à l'Annexe 1 que lorsque les modifications aux traitements informatiques seront complétées de part et d'autre et que les parties auront convenu d'une date commune d'implantation.

Quant aux remboursements reliés à des dossiers de victimes d'actes criminels que la Commission n'est pas en mesure d'empêcher immédiatement en raison du développement informatique requis à cette fin, les parties conviennent de procéder à un ajustement financier, s'il y a lieu, au moyen d'une réclamation de surpayé lorsque la Commission pourra effectivement rejeter informatiquement tous les services médicaux et médico-administratifs reliés à de tels dossiers.

*Durée* L'entente demeure en vigueur jusqu'au 31 mars 2008.

*Clauses financières transitoires* 8.2 Pour le remboursement compensatoire de l'année financière terminée le 31 mars 2007, la Régie déduit du montant prévu à l'Annexe 4 la somme d'un million deux cent cinquante mille dollars (1 250 000\$) déjà versée par la Commission.

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2007, pour chaque mois où les parties n'auront pas convenu de la date d'implantation de la transmission de demandes de paiement comportant des codes de diagnostics listés à l'Annexe 1, la Régie remboursera à la Commission une somme de vingt mille cinq cents dollars (20 500,00 \$), laquelle sera déduite du remboursement compensatoire prévu à l'Annexe 4;

*Reconduction tacite* 8.3 À compter du 1<sup>er</sup> avril 2008, l'entente est reconduite tacitement d'une année financière à l'autre, sauf si l'une des parties transmet à l'autre partie, par courrier recommandé ou certifié au moins quatre-vingt-dix (90) jours avant l'avènement du terme, un avis écrit indiquant qu'elle entend y apporter des modifications.

*Modifications* 8.4 Dans ce cas, l'avis doit comporter les modifications que la partie désire apporter.

*Renouvellement* 8.5 La transmission d'un tel avis n'empêche pas le renouvellement de la présente entente par tacite reconduction pour une période d'un an.

*Accord requis* 8.6 Au terme de cette période de reconduction, l'entente est prolongée jusqu'à ce que les parties en viennent à un accord.

**CHAPITRE 9. MODIFICATION ET RÉSILIATION DE L'ENTENTE**

- Modification de l'entente* 9.1 La Commission et la Régie s'engagent à maintenir l'ensemble des modalités d'application déterminées à la présente entente et, le cas échéant, à les modifier après discussion et accord entre les personnes responsables identifiées en vertu de l'article 7.5, toute modification entrant alors en vigueur après signature des représentants autorisés des parties, sous réserve des deuxième et troisième alinéas de l'article 7.5.
- Résiliation* 9.2 La Commission et la Régie peuvent, en tout temps, d'un commun accord, résilier la présente entente.
- Ajustements financiers* 9.3 En cas de résiliation, la Commission et la Régie procèdent aux ajustements financiers en tenant compte des montants exigibles en vertu de la présente entente.
- Domages* Dans un tel cas, une partie ne peut être tenue de payer des dommages, intérêts ou quelque autre forme d'indemnité ou de frais à l'autre partie.

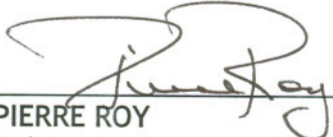
**CHAPITRE 10. DISPOSITIONS FINALES**


- Ententes antérieures* 10.1 La présente entente remplace toutes les ententes ou accords antérieurs intervenus entre la Commission et la Régie qui portent sur le même objet. Toutefois, la présente ne peut être interprétée comme annulant ou remplaçant l'accord du 5 août 1981 ayant fait l'objet de l'approbation du gouvernement le 25 novembre 1981 par le décret 3246-81 aux fins de la *Loi visant à favoriser le civisme*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, ni les modalités administratives du 27 mai 1985 ou celles concernant les programmes de santé au travail, datées du 5 avril 1984.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé

à Québec ce jeudi  
(6<sup>e</sup>) jour de septembre 2007

à St-Nicolas ce mercredi  
(27<sup>e</sup>) jour de juin 2007

  
PIERRE ROY  
Président-directeur général  
Régie de l'assurance maladie  
du Québec

  
RÉAL BISSON  
Président du conseil d'administration  
et chef de la direction *par intérim*  
Commission de la santé et de la  
sécurité du travail



## ANNEXE 1 DE L'ENTENTE

### Liste des codes de diagnostic sans relation avec une lésion professionnelle

#### *Mise à jour des Annexes 1 et 2 :*

Une mise à jour de la liste des services médicaux en relation avec une lésion professionnelle intervient à la suite de l'ajout de tout diagnostic. Il en est de même de la liste des codes d'actes en relation avec une lésion professionnelle faisant suite à l'ajout de services médicaux aux ententes intervenues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales ou l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec ou pour tenir compte de l'évolution des problèmes de santé reconnus par la Commission.

Les médecins désignés par la Commission et par la Régie analysent les nouveaux services médicaux en vigueur, identifient les codes d'acte et les codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle et ajustent les regroupements de diagnostics le cas échéant.

Si ces médecins sont d'accord, les codes d'acte des services médicaux et les codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle sont mis à jour dans les systèmes informatiques de la Régie.

À partir de ses banques de codes d'acte et de codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle, la Régie informe la Commission pour que soient mis à jour ses systèmes informatiques ainsi que l'Annexe 1 (Liste des codes de diagnostic sans relation avec une lésion professionnelle), l'Annexe 2 (Liste des codes d'acte sans relation avec une lésion professionnelle) et l'Annexe 10 (Liste des regroupements de diagnostics).

## ANNEXE 2 DE L'ENTENTE

### Liste des codes d'actes sans relation avec une lésion professionnelle

#### *Mise à jour des Annexes 1 et 2 :*

Une mise à jour de la liste des services médicaux en relation avec une lésion professionnelle intervient à la suite de l'ajout de tout service médical dans l'Entente des médecins omnipraticiens ou l'Entente des médecins spécialistes. Il en est de même de la liste des codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle suite à l'ajout de services médicaux aux ententes précitées ou pour tenir compte de l'évolution des problèmes de santé reconnus par la Commission.

Les médecins désignés par la Commission et par la Régie analysent les nouveaux services médicaux en vigueur, identifient les codes d'acte et les codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle et ajustent les regroupements de diagnostics le cas échéant.

Si ces médecins sont d'accord, les codes d'acte des services médicaux et les codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle sont mis à jour dans les systèmes informatiques de la Régie.

À partir de ses banques de codes d'acte et de codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle, la Régie informe la Commission pour que soient mis à jour ses systèmes informatiques ainsi que l'Annexe 1 (Liste des codes de diagnostic sans relation avec une lésion professionnelle), l'Annexe 2 (Liste des codes d'acte sans relation avec une lésion professionnelle) et l'Annexe 10 (Liste des regroupements de diagnostics).

**ANNEXE 3 DE L'ENTENTE****Frais annuels d'administration  
aux fins des articles 5.4, 5.11, 5.12, 6.2 e), 6.2 f) et 6.3.****Montant des frais d'administration**

Pour l'ensemble de la gestion effectuée par la Régie au bénéfice de la Commission, les frais d'administration sont fixés annuellement à la somme d'un million sept cent cinquante mille dollars (1 750 000 \$), payables de la façon suivante :

**1. Acomptes :**

- Pour chaque demande de paiement autre qu'en matière de santé au travail que la Commission rembourse, elle verse à la Régie un acompte de frais d'administration d'un montant de 0,94 \$ payable dans les trois (3) jours ouvrables suivant le traitement de jumelage des demandes de paiement;
- À chaque demande de paiement relative à la santé au travail que la Commission rembourse, elle verse à la Régie un acompte de frais d'administration d'un montant de 12,83 \$, payable dans les trois (3) jours ouvrables suivant la réception de la facture.

**2. Ajustement des frais d'administration annuels effectué dans les trente (30) jours de la fin de l'année financière**

- À la fin de l'année financière, la Régie soustrait du montant des frais d'administration fixés l'ensemble des acomptes acquittés par la Commission durant l'année financière écoulée et facture ou rembourse alors la Commission pour le solde, s'il en est;
- La Commission rembourse la facture d'ajustement des frais d'administration, le cas échéant, conformément à ce qui est prévu à l'article 6.3;
- La Régie rembourse la facture d'ajustement des frais d'administration, le cas échéant, conformément à ce qui est prévu à l'article 5.12.

## ANNEXE 4 DE L'ENTENTE

## Remboursement compensatoire aux fins des articles 5.4, 5.7, 6.2 d) et 6.3.

À la fin de chaque année financière, la Régie facture la Commission d'un montant de trois millions cent quarante mille deux cents dollars (3 140 200 \$) visant à compenser :

1. pour l'ensemble des services médicaux rendus aux clients et rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte qu'elle verse aux médecins suivants, au bénéfice de la Commission :
  - aux médecins omnipraticiens auxquels s'applique l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré*;
  - aux médecins omnipraticiens auxquels s'applique l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré*;
  - aux médecins spécialistes auxquels s'applique le mode de rémunération mixte selon l'Annexe 38 de l'Accord-cadre;
  - aux médecins spécialistes auxquels s'applique l'*Annexe 40 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence*;
  - aux médecins auxquels s'applique l'*Entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens*;
  - aux médecins œuvrant en centres de réadaptation;
2. pour la moitié des services médicaux « S » dont les diagnostics apparaissent à l'Annexe 1 et qui ne sont pas autrement facturés;
3. pour les services des médecins radiologistes qui effectuent des examens radiologiques des poumons (actes 09943 et actes 08100).



## ANNEXE 5 DE L'ENTENTE

### Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Commission aux fins du jumelage

Cette opération s'effectue sur une période de cent quatre vingts (180) jours à partir de la date de réception d'un fichier de facturation obtenu de la Régie. Elle s'effectue entre autres à l'aide du numéro d'assurance maladie (NAM) apparaissant sur chacune des demandes de paiement et du NAM du dossier du client. Lorsque tous les critères de validation sont respectés, le traitement tente de faire le jumelage selon un des critères suivants :

- la date d'événement de la demande de paiement transmise par la Régie doit correspondre à la date d'événement (avec un intervalle de  $\pm 5$  jours) d'un dossier client;
- lorsque le code d'acte du service est 09970, il doit exister un dossier client de catégorie « travailleuse enceinte ou qui allaite » pour lequel la date de service de l'acte 09970 se situe dans une période de 30 jours antérieurs à la date d'événement indiquée au dossier et d'au plus 270 jours après cette date;
- la date de service de la demande de paiement transmise par la Régie est comprise dans une période de frais d'établissement de santé payés au dossier client;
- la date de service de la demande de paiement transmise par la Régie est comprise dans une période obligatoire des 14 premiers jours d'indemnité remboursée à l'employeur ou dans une période d'indemnité de remplacement de revenu ultérieure;
- le code d'acte du service médico-administratif transmis par la Régie correspond à un code de document inscrit dans le dossier d'un client et ce document a été reçu dans les 40 jours de la plus vieille date de service inscrite sur la demande de paiement.

Aux termes du jumelage, il y a paiement des services médico-administratifs pour les demandes de paiement jumelées à un dossier refusé définitivement, pour les demandes de paiement non jumelées ainsi que pour les demandes de paiement dont le code de diagnostic primaire est invalide. Les services médicaux définitivement non jumelés dont le code de considération spéciale est 'T' sont rejetés.

## ANNEXE 6 DE L'ENTENTE

### Description des opérations et des critères utilisés par la Commission aux fins de l'association

L'association est une opération informatique réalisée, une seule fois, le mois suivant la dernière tentative de jumelage par laquelle la Commission établit une relation entre des services médicaux «S» définitivement non jumelés et l'un ou l'autre des deux services médico-administratifs suivants :

- l'*Attestation médicale* (code 9926) et
- le *Certificat d'assignation temporaire* (code 9971)

pourvu que ces services médico-administratifs aient été rendus dans les six (6) mois qui précèdent la date à laquelle le service médical «S» visé a été fourni.

Cette relation s'effectue en prenant en compte :

- le numéro d'assurance maladie du client;
- la date d'événement;
- l'intervalle de  $\pm 5$  jours entre la date d'événement apparaissant sur la demande de paiement de l'un ou l'autre des deux services médico-administratifs retenus et la date d'événement figurant sur la demande de paiement du service médical «S» visé.

## ANNEXE 7 DE L'ENTENTE

### Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Régie à des fins de validation des demandes de paiement adressées à la Commission en date du 31 mai 2007

Le traitement de validation se fait en deux étapes pour les ententes des médecins omnipraticiens (Entente 1) et des médecins spécialistes (Entente 2). Les critères suivants sont validés dans un premier temps :

- la considération spéciale «S» ou »T» identifie une demande de paiement pour la Commission ;
- la date d'événement doit être numérique, valide et de format année, mois, jour (AAMMJJ) ;
- la date du service médical «S» ou »T» ou le service médico-administratif rendu doit être égale à la date d'événement ou plus grande que celle-ci ;
- le service médico-administratif doit être présent à la table interne de la Régie appelée Organisation CSST à la date du service;
- certains services médico-administratifs exigent que le médecin réclamant soit désigné par la Commission ou par le Bureau d'évaluation médicale ou membre du Comité spécial des présidents ou du Comité des maladies professionnelles pulmonaires ;
- le service médical «S» ou »T» ou le service médico-administratif rendu doit l'être à une personne âgée de 12 ans ou plus ;
- le service médical «S» ou »T» rendu doit être présent à la table des codes d'actes en relation avec une lésion professionnelle;
- la considération spéciale «T» et la date d'événement sont retirées de la demande de paiement si le diagnostic est absent de la table des diagnostics en relation avec une lésion professionnelle. Les demandes de paiement dont le diagnostic est absent peuvent être transmises à la Commission;
- aux fins du remboursement des services médico-administratifs, les services médicaux «S» d'une demande de paiement et une date d'événement sont transmis à la Commission même si le diagnostic présent n'est pas en relation avec une lésion professionnelle.

Aux termes de cette première étape, il y a rejet de transmission à la Commission sauf pour la demande de paiement avec une considération spéciale «S» dont l'unique erreur est la présence d'un diagnostic non en relation avec une lésion professionnelle.

Lorsque la demande de paiement demeure valide pour la Commission à la suite des premiers critères, des validations additionnelles concernant les services médico-administratifs sont effectuées en regard de l'historique des soins rendus et payés pour un client de la Commission, sur la base d'un écart de plus ou moins 5 jours de la date d'événement en périodes pré-per-post. En date du 15 juin 2007, ces validations concernent :

- certains services médico-administratifs qui sont soumis à une recherche de prérequis selon qu'ils soient réclamés par le même médecin ou des médecins différents. En l'absence de ces prérequis obligatoires, les services médico-administratifs sont refusés. Les services validés à cette étape sont :  
pour les médecins omnipraticiens : 09907, 09908, 09909, 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09929, 09937, 09942, 09944, 09947, 09948, 09949, 09971, 09981 et 09982 ;  
pour les médecins spécialistes : 09901, 09902, 09903, 09904, 09905, 09907, 09908, 09909, 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09929, 09935, 09937, 09940, 09941, 09942, 09944, 09947, 09948, 09949, 09971, 09980, 09981 et 09982;

- certains services médico-administratifs qui sont soumis entre eux, à une recherche d'incompatibilité ou d'inclusion selon qu'ils soient réclamés par le même médecin ou des médecins différents. Les services médico-administratifs sont refusés si le résultat de chaque recherche est positif. Les services validés à cette étape sont :  
pour les médecins omnipraticiens : 09930, 09939, 09944, 09946 et 09978 ;  
pour les médecins spécialistes : 09901, 09902, 09930, 09939, 09944, 09946 et 09978 ;
  
- certains services ou groupe de services médico-administratifs qui sont soumis à un contrôle de maximum selon qu'ils soient réclamés par le même médecin ou des médecins différents. Si le maximum du service ou du groupe de services est dépassé, les services médico-administratifs sont refusés. Les services validés à cette étape sont :  
pour les médecins omnipraticiens : 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09944, 09946, 09947, 09948, 09949, 09975, 09978, 09981 et 09982 ;  
pour les médecins spécialistes : 09903, 09904, 09905, 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09933, 09934, 09935, 09944, 09946, 09947, 09948, 09949, 09975, 09976, 09978, 09979, 09981 et 09982.

La Régie transmettra ultérieurement à la Commission la liste des services médico-administratifs en complément de la validation de prérequis, d'inclusion/incompatibilité ou de maximum.

## ANNEXE 8 DE L'ENTENTE

### Description des opérations et des critères utilisés par la Régie aux fins de l'identification des services médicaux « T »

#### Définition

Opérations informatiques par lesquelles la Régie établit la relation entre un service médical «S» et tout autre service en relation avec une lésion professionnelle rendu à une même personne assurée par un même médecin ou un médecin différent et ne portant aucune précision à l'effet qu'il s'agit d'un service rendu à un client de la Commission.

#### Première étape : la sélection des services à identifier

À partir des services médicaux «S» ou médico-administratifs, le processus informatique sélectionne les services médicaux facturés sans considération spéciale « S » à partir de conditions spécifiques de l'une des quatre situations suivantes :

On recherche d'autres rôles effectués par le même médecin ou des médecins différents :

- ◆ Même jour, recherche du même service médical réclamé avec un rôle différent, en présence d'un diagnostic reconnu par la Commission, réclamé par un même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit, à la date de la lésion professionnelle ou à une date postérieure, mais en excluant les spécialités de chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, anesthésiologie ou radiologie diagnostique ;

On recherche des services spécifiques rendus par des médecins de certaines spécialités :

- ◆ Dans un délai de 90 jours pré, per ou post d'une consultation identifiée entre un médecin référant et un médecin traitant, recherche d'un code d'acte et d'un diagnostic en relation avec une lésion professionnelle, réclamé par un même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit et rendu à la date de la lésion professionnelle ou à une date postérieure, par un médecin d'une des spécialités suivantes : pneumologie, physiatrie, neurochirurgie, ophtalmologie, radiologie diagnostique ou médecine nucléaire ;

On recherche des services rendus à l'occasion de chirurgies :

- Dans un délai de 90 jours pré, per ou post d'une relation identifiée entre les médecins lors d'une chirurgie, recherche d'un code d'acte et d'un diagnostic en relation avec une lésion professionnelle, réclamés par un même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit et rendu à la date de la lésion professionnelle ou à une date postérieure, par un médecin d'une des spécialités suivantes : anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique ou chirurgie plastique;

On recherche des codes d'actes réclamés avec des diagnostics faisant partie du même regroupement de diagnostics. Les regroupements de diagnostics sont décrits à l'Annexe 10:

- ◆ Dans un délai de 90 jours pré, per, post d'un code d'acte et d'un diagnostic en relation avec une lésion professionnelle et faisant partie du même regroupement de diagnostics que celui du service médical «S», réclamé par le même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit et rendu à la date de la lésion professionnelle ou à une date postérieure, mais excluant les spécialités de chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, anesthésiologie ou radiologie diagnostique.

**Deuxième étape : l'identification automatique**

Si l'ensemble des conditions de l'une des quatre situations spécifiques est rencontré, le système informatique confirme automatiquement l'identification du service médical sélectionné en lui apposant une considération spéciale «T» et en inscrivant la date de la lésion professionnelle précisée antérieurement pour le service médical «S» en relation.

**Particularités :**

1 - Pour être en relation avec une lésion professionnelle, le code d'acte du service médical ou le code de diagnostic ne doit pas être présent à l'Annexe 2 ou à l'Annexe 1.

2 - Le service médico-administratif codé 09970 (retrait préventif et affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite) est exclu du processus d'identification.

## ANNEXE 9 DE L'ENTENTE

### Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Commission à des fins de validation

Le traitement de validation se fait en deux étapes. Les critères suivants sont validés dans un premier temps:

- la catégorie de la demande de paiement doit être identifiable;
- la demande de paiement doit être payée au médecin;
- le numéro de contrôle interne doit être valide;
- le code de considération spéciale doit être valide;
- le code d'acte ne doit pas apparaître à l'Annexe 2;
- le code de diagnostic ne doit pas apparaître à l'Annexe 1 pour que les services médicaux soient remboursés, mais le service médico-administratif demeurera néanmoins payable;
- la demande de paiement ne doit pas être annulée par la Régie avant la réception à la Commission;
- la somme des montants demandés doit être supérieure à 1,00 \$;
- le NAM transmis par la Régie doit être valide;
- la date d'accident transmise par la Régie doit être valide;
- les dates de services transmises par la Régie doivent être valides;
- les demandes de paiement identifiées comme ajustement monétaire doivent contenir un montant à payer;
- le montant total d'honoraires payés de la demande de paiement doit être identique à la somme des montants demandés pour chaque service;
- la première demande de paiement reçue sera traitée (les demandes de paiement en double seront rejetées, à moins qu'elles ne soient soumises de nouveau avec un code d'ajustement).

Aux termes de cette première étape, il y a rejet des demandes de paiement qui ne répondent pas à un des critères.

Lorsque la demande de paiement correspond aux premiers critères, des validations additionnelles sont effectuées:

- le NAM de la Régie et de la Commission doivent être identiques;
- si le NAM transmis par la Régie est un NAM généré; les 10 premières positions de ce NAM doivent être égales aux 10 premières positions du NAM à la Commission et le nom ainsi que le prénom à la Régie et à la Commission doivent être identiques;
- la date d'événement d'origine du dossier doit être antérieure ou la même que la date de service du compte de la Régie;
- pour un dossier PMSD (programme *Pour une maternité sans danger* en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*), la date de service de la demande de paiement de la Régie peut être antérieure à la date d'événement d'origine du dossier (avec un intervalle de  $\pm 30$  jours).

**ANNEXE 10 DE L'ENTENTE**

Listes des regroupements de diagnostics  
aux fins de l'identification informatisée (article 5.3)

