30 novembre 2023

MÉDECINS SPÉCIALISTES

GUIDE DE FACTURATION

Rémunération à l'acte

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

Table des matières

1 Introduction 3
1.1 Présentation du guide de facturation 3
1.2 Délai de facturation 3
1.3 Moyens de transmission 3
1.4 Modes de transmission 4
1.5 Pièces justificatives 4
2 Carte d'assurance maladie 5
2.1 Description de la carte d'assurance maladie 5
2.2 Modèles de cartes d'assurance maladie 5
2.3 Validité de la carte d'assurance maladie 7
2.4 Documents temporaires d'admissibilité 8
2.5 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie 11
2.6 Personne sans carte d'assurance maladie requérant un service dans le cadre des lois relatives à la santé et la sécurité du travail 13
3 Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée) 15
4 Facturation des honoraires 17
4.1 La facture et la ligne de facture 17
5 Facture de services médicaux 19
5.1 Description de la facture de services médicaux 19
5.2 Particularités de la facture de services médicaux 19
5.2.1 Éléments de contexte 19
5.2.2 Lieu de dispensation 19
5.2.3 Lieu en référence 20
5.2.4 Secteurs d'activité 20
5.2.5 Secteurs d'activité d'un centre hospitalier 20
5.2.6 Heure de début et heure de fin du service 21
5.2.7 Forfaits 23
5.2.8 Traitement collectif 23
5.2.9 Séance 23
5.2.10 Actes non tarifés 23
5.2.11 Honoraires additionnels 24
5.3 Description des champs de la facture de services médicaux 24
5.4 Recevabilité des factures 30
5.4.1 Facture recevable 30
5.4.2 Facture non recevable 31
5.4.3 Calcul du montant préliminaire 31
6 Facture de frais de déplacement 33
6.1 Frais de déplacement 33

6.2 Pièces justificatives liées aux frais de déplacement 33
6.3 Facturation des frais de déplacement 33
6.4 Particularités de facturation des frais de déplacement 36
6.5 Exemples de facturation des frais de déplacement 38
7 Modification d'une facture 46
8 Annulation d'une facture 49
9 Paiement 51
9.1 Modes et versement du paiement 51
9.1.1 Délai de paiement 51
9.2 État de compte 51
9.2.1 Description 52
9.3 Affichage des factures à l'état de compte 55
9.3.1 Affichage des factures 55
9.3.2 Affichage lors d'une modification de facture 55
9.3.3 Affichage lors d'une annulation de facture 55
9.4 Description des sections de l'état de compte 56
9.4.1 Factures réglées au montant préliminaire calculé 56
9.4.2 Autres factures reçues pendant la période couverte 57
9.4.3 Factures modifiées par rapport à un état de compte antérieur 58
9.4.4 Factures retenues par la RAMQ 59
9.4.5 Demandes de révision reçues et en cours de traitement 60
9.4.6 Demandes de remboursement (DR) des personnes assurées 60
9.4.7 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle 62
9.4.8 Liste des codes de transaction (TRA) 63
9.4.9 Listes des messages explicatifs 63
9.4.10 Calendriers de paiement 63
10 Demande d'autorisation 65
10.1 Instructions pour effectuer une demande d'autorisation 65
10.1.1 Envoi des demandes d'autorisation 65
10.1.2 Traitement des demandes d'autorisation 66
11 Demande de révision 67
11.1 Instructions pour effectuer une demande de révision 67
11.1.1 Documents explicatifs à joindre à la demande de révision 67
11.2 Mode de transmission des correspondances de la RAMQ à la suite d'une demande de révision 68
12 Demande de facturation hors délai 69
13 Lexique 70
14 Nous joindre 77
Annexe I – Liste des rôles 78
Annexe II – Exemples de calcul du montant préliminaire 79

Avis

Le *Guide de facturation – Rémunération à l'acte* contient des renseignements évolutifs.

Ce guide est conçu pour les médecins spécialistes pour leur permettre de transmettre des factures de services médicaux. Ce guide ne remplace pas le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Par ailleurs, il ne contient pas les avis administratifs.

Les renseignements contenus dans ce guide sont publiés pour permettre aux développeurs de logiciels d'adapter les outils de facturation à l'acte.

1 INTRODUCTION

1.1 Présentation du guide de facturation

Le guide de facturation de la rémunération à l'acte vise à renseigner les médecins spécialistes sur les modalités de facturation à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Il contient les instructions pour produire une demande de paiement, y compris soit une facture de services médicaux, soit une facture de frais de déplacement. Ce guide comprend aussi les renseignements permettant d'effectuer le suivi de la facturation et de modifier ou d'annuler une facture, si requis.

L'information sur la validation de la carte d'assurance maladie et sur le remboursement à la personne assurée y est aussi présentée.

1.2 Délai de facturation

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le médecin spécialiste doit soumettre sa facture de services médicaux dûment remplie dans les **90 jours** suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis.

1.3 Moyens de transmission

Le médecin spécialiste qui veut soumettre une facture peut le faire par :

- une agence de facturation privée;
- une agence de facturation commerciale;
- le service en ligne FacturActe de la RAMQ.

Peu importe le moyen de transmission de sa facture, le médecin spécialiste doit se conformer aux modalités de facturation déterminées par la RAMQ et respecter le Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement.

Le médecin spécialiste assume la responsabilité de l'exactitude des renseignements fournis sur les factures transmises de façon électronique à la RAMQ.

Le médecin spécialiste qui souhaite connaître toutes les modalités d'accréditation d'une nouvelle agence ou les modalités d'accréditation d'un médecin spécialiste à une agence privée ou commerciale peut consulter la rubrique *Modes de facturation*.

Le médecin spécialiste désirant utiliser le service en ligne FacturActe de la RAMQ doit s'inscrire aux services en ligne, si ce n'est déjà fait.

La rubrique *Services en ligne* contient l'information nécessaire concernant l'inscription.

1.4 Modes de transmission

Transmission de l'information en direct

Ce mode de transmission permet à l'utilisateur d'envoyer une seule facture à la fois et de recevoir une rétroaction en direct (renseignements relatifs au montant préliminaire calculé) de la part de la RAMQ sur la facturation qu'il vient de soumettre par le service en ligne FacturActe ou par un logiciel de facturation.

Transmission de l'information en différé

Ce mode de transmission permet à l'utilisateur d'envoyer des demandes de paiement en lot (maximum cinq factures par demande de paiement). Une rétroaction en différé (renseignements relatifs au montant préliminaire calculé) est transmise par le portail de transfert automatisé des factures (bus de messagerie) TIP-I (*Télécommunications des informations de paiement par Internet*). La rétroaction en différé s'effectue généralement le lendemain de la transmission des factures.

1.5 Pièces justificatives

La RAMQ peut demander des pièces justificatives pour évaluer correctement la facturation. Bien que les pièces justificatives ne soient pas exigées d'emblée, le médecin spécialiste **doit les conserver pendant cinq ans** au cas où elles lui seraient demandées.

Le médecin spécialiste recevra, par la poste, une demande de pièce justificative. Un code à barres est joint à cette demande et doit être retourné avec la pièce justificative par la poste. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

Si la RAMQ ne reçoit pas la pièce justificative demandée, elle ne sera pas en mesure de terminer l'évaluation de la facture, ce qui entraînera son refus partiel ou complet. Un message explicatif paraîtra à l'état de compte pour signaler cette situation.

2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE

2.1 Description de la carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la RAMQ, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie valide.

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

- Numéro d'assurance maladie (code alphanumérique à 12 caractères);
- Prénom usuel et nom de famille à la naissance;
- Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
- Date d'expiration de la carte;
- Date de naissance et sexe;
- Photographie ou signature (sauf exception);
- Hologramme;
- Code à barres.

2.2 Modèles de cartes d'assurance maladie

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services couverts.

Avec photo et signature

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Verso avec code à barres

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

La carte avec photo et signature est délivrée à la plupart des personnes assurées.

Sans photo et sans signature

Un seul modèle de carte est délivré depuis le 24 janvier 2018 pour la personne assurée qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Elle est âgée de moins de 14 ans;
- Elle est âgée de 75 ans ou plus;
- Elle est hébergée en établissement;
- Elle est exemptée de l'obligation de fournir sa photo et sa signature pour une raison d'ordre médical.

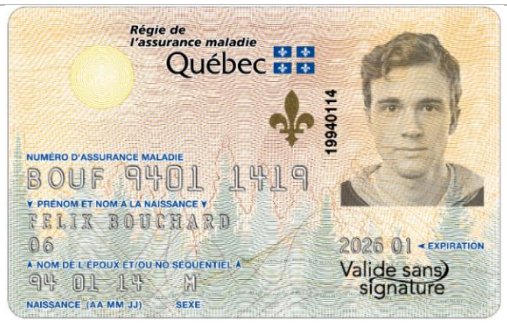
1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018
2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Sans photo, avec signature

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Cette carte porte la mention *Valide sans photo* ou *Exempté* dans l'espace prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo.

Avec photo, sans signature

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018
			

Cette carte porte la mention *Valide sans signature* ou *Exempté* dans l'espace prévu pour la signature. La photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature.

2.3 Validité de la carte d'assurance maladie

Lorsque la personne assurée présente sa carte d'assurance maladie, celle-ci doit être valide, quel que soit le modèle de carte.

Le médecin doit vérifier les éléments suivants :

- La photo et la signature (s'il y a lieu)
  Au moment où la personne assurée présente sa carte, le médecin s'assure qu'il s'agit bien de la carte de la personne à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature. Sinon, la personne doit payer les honoraires au médecin spécialiste.

- La date d'expiration
  Si la carte est expirée, la personne doit payer les frais au médecin, puis se faire rembourser par la RAMQ en remplissant une demande de remboursement lorsque sa carte sera de nouveau valide.

2.4 Documents temporaires d'admissibilité

La personne admissible à détenir une carte d'assurance maladie, mais en attente de celle-ci, peut présenter un document temporaire équivalent. Il en existe 2 types :

- L'*Attestation d'inscription* d'une durée de 45 jours (envoyée par la poste);
- La *Confirmation d'inscription* d'une durée de 14 jours (envoyée par télécopieur).

Ces documents sont valides pour toute la durée inscrite sur le document et ne sont pas annulables. Ils donnent accès aux mêmes privilèges que la carte d'assurance maladie.

Attestation d'inscription

Régie de l'assurance maladie Québec

ATTESTATION D'INSCRIPTION

0 05 0000 0000 00 000000 0

Pierre Untel
Adresse
Ville, Code Postal

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
DOCUMENT OFFICIEL

Veuillez détruire l'attestation dès que vous aurez reçu votre carte.

Message

Ce document vous permet de recevoir des soins de santé au même titre que votre carte d'assurance maladie. Conservez-le pour votre usage personnel et exclusif jusqu'à la date d'expiration qui y figure. Si vous bénéficiez du régime public d'assurance médicaments, ce document sera accepté à la pharmacie. Seul le professionnel de la santé à qui vous présentez ce document peut le reprographier, avec votre autorisation.

Important : vous devez signer ce document avant de l'utiliser.

Numéro d'assurance maladie	Prénom et nom
UNTP 0000 0000	Pierre Untel
Date de naissance	**Date d'expiration**
0000 00 00	00 mois 0000

La présente attestation certifie que la personne nommée ci-dessus est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Directeur du centre de relations avec la clientèle

Jonathan Lemelin

Signature de la personne assurée

Confirmation d'inscription

Régie de l'assurance maladie Québec

Confirmation d'inscription

ATTENTION : LE PRÉSENT DOCUMENT APPARTIENT À LA PERSONNE NOMMÉE CI–DESSOUS ET DOIT LUI ÊTRE REMIS.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
DOCUMENT OFFICIEL

Message à la personne assurée

Ce document confirme votre inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il vous permet de recevoir des soins de santé au même titre que votre carte d'assurance maladie. Conservez–le pour votre usage personnel et exclusif jusqu'à la date d'expiration qui y figure.

Si vous bénéficiez du régime public d'assurance médicaments, cette confirmation sera acceptée à la pharmacie dès le lendemain de sa délivrance.

Seul le professionnel de la santé à qui vous avez présenté ce document peut le reprographier, avec votre autorisation.

Important : vous devez signer ce document avant de l'utiliser.

NUMÉRO DE CONFIRMATION
19

DATE D'EXPIRATION

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

Signature de la personne assurée

Je déclare que les renseignements relatifs à mon identité sont exacts.

X

DATE ANNÉE MOIS JOUR

CONFIRMATION D'INSCRIPTION (à l'usage du professionnel de la santé)

Le présent document confirme que la personne dont le nom figure ci–dessus est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

DATE D'EXPIRATION	PERSONNE AUTORISÉE PAR LA RÉGIE	DATE ANNÉE MOIS JOUR

Seuls les professionnels de la santé qui ont fourni des soins ou des médicaments à la personne assurée peuvent, avec son autorisation, reproduire ce document pour faciliter la gestion du dossier ou de la facturation.

CINSCR 022007 /3895 354
R0013A2 / 01

2.5 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie

Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie ou un document temporaire d'admissibilité la remplaçant, le médecin spécialiste peut facturer ses services à la RAMQ dans les circonstances suivantes :

Circonstances	Informations à fournir
L'enfant est âgé de moins d'un an.	Inscrire : • le nom, le prénom (si inconnu, ne rien inscrire), la date de naissance, le sexe et l'adresse (si connue); • le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père (lorsque connu) à la section *Personne répondante*, sinon inscrire le nom et le prénom, le sexe et la date de naissance de la personne répondante; • l'ordre des naissances (naissances multiples).
La personne est dans un état requérant des soins urgents.	Si les informations d'identité sont connues, inscrire : • le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse (si connue); • le numéro d'assurance sociale, si connu.
La personne assurée est admise dans un centre de réadaptation ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.
La personne assurée est un mineur de 14 ans ou plus qui reçoit des services couverts sans l'autorisation parentale.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.
La personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe.
Services professionnels à la demande du coroner.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe. Ne rien inscrire si le cadavre est non identifiable.
Prélèvement d'un donneur non québécois.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.

En plus d'inscrire les renseignements sur le patient, le médecin spécialiste doit indiquer la circonstance dans laquelle il a rendu les services.

L'enfant est âgé de moins d'un an : En septembre 2021, la couverture en assurance maladie a été élargie aux enfants anciennement non admissibles (Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie). Tous les enfants mineurs présents au Québec plus de 6 mois par année sont admissibles aux régimes d'assurance maladie et médicaments, que leurs parents soient admissibles ou non. Ainsi, **l'enfant né au Québec de parents non admissibles est présumé admissible dès sa naissance**.

Lorsqu'un enfant est **adopté à l'international**, il est considéré admissible aux régimes d'assurance maladie et médicaments dès son arrivée au Québec. Toutefois, l'enfant doit être inscrit auprès de la RAMQ pour être assuré selon ces régimes. Si la carte d'assurance maladie de cet enfant n'est pas présentée, l'enfant adopté (ressortissant étranger) ne peut être présumé admissible. Ainsi, ses parents doivent débourser les honoraires pour les services professionnels reçus. Ils pourront demander un remboursement auprès de la RAMQ lorsque l'enfant sera inscrit et admissible à la date des services rendus.

Délai de carence : Pour une personne en provenance d'un pays étranger qui est soumise au délai de carence prévu au Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, les services rendus sont payables seulement pour les situations particulières prévues dans le programme confié à la RAMQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le médecin spécialiste doit spécifier sur sa facture que la personne est soumise au délai de carence et indiquer l'une des situations particulières.

À défaut de payer pour les services rendus, la personne doit présenter une lettre de la RAMQ qui confirme la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec et la période durant laquelle elle est soumise au délai de carence. Cette lettre comporte le numéro d'assurance maladie qui doit être inscrit sur la facture.

Si la personne en délai de carence ne présente pas cette lettre, elle doit débourser les honoraires pour les services professionnels reçus, et ce, même s'il s'agit d'une situation d'urgence. De plus, une personne assujettie au délai de carence qui ne présente pas la lettre ne peut pas se faire rembourser par la RAMQ, puisqu'elle n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie du Québec.

Pour des informations sur la facturation des services médicaux rendus aux demandeurs d'asile, consultez la rubrique *Services médicaux rendus aux demandeurs d'asile (PFSI)*.

Important :

Dans tous les autres cas, la personne doit payer les honoraires au médecin spécialiste et se faire rembourser par la RAMQ lorsqu'elle aura démontré son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec et qu'elle aura obtenu une carte valide. Pour que cette personne soit remboursée, le médecin remplit la partie qui le concerne du formulaire *Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée)* (4314) et le remet à la personne assurée, qui le complète et le fait parvenir à la RAMQ.

2.6 Personne sans carte d'assurance maladie requérant un service dans le cadre des lois relatives à la santé et la sécurité du travail

Lorsqu'un travailleur ne détient pas de carte d'assurance maladie ou que celle-ci est expirée, le médecin spécialiste peut facturer ses services CNESST à la RAMQ. Il doit fournir les informations suivantes :

- nom;
- prénom;
- date de naissance;
- sexe;
- adresse (si connue).

La situation *La personne requiert un service rendu dans le cadre des lois relatives à la santé et la sécurité du travail* doit être utilisée. De même, dans les informations concernant le patient, le type d'événement *Service rendu dans le cadre des lois relatives à la santé et à la sécurité du travail* ainsi que la *Date de l'événement* associée doivent être indiqués.

3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT (CARTE EXPIREE OU NON PRESENTEE)

Mis à part les circonstances décrites à la section *Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie*, une personne assurée peut devoir payer pour les services couverts reçus et demander un remboursement à la RAMQ. C'est le cas si :

- sa carte d'assurance maladie est expirée;
- elle n'est pas en mesure de présenter sa carte d'assurance maladie ni un document d'admissibilité temporaire la remplaçant.

Comme la RAMQ rembourse la personne assurée, elle a besoin de certaines informations pour traiter sa demande. Dans ce but, le médecin doit remettre à son patient une demande de remboursement et fournir sa facture à la RAMQ. Le médecin ne doit pas produire sa facture comme d'habitude : il doit la « lier » (facture liée à une demande de remboursement). La démarche pour produire cette facture se trouve dans la section *Produire une facture qui sera liée à une demande de remboursement* de la page *Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée)*.

4 FACTURATION DES HONORAIRES

4.1 La facture et la ligne de facture

Le médecin spécialiste qui demande le paiement de ses honoraires pour des services couverts prévus à l'Entente doit créer une facture.

Il doit au préalable sélectionner le compte de facturation dans lequel les montants seront versés : soit le compte personnel (compte de finances personnelles), soit le compte administratif (individuel ou collectif).

Le médecin choisit ensuite le type de facture qu'il veut créer : une facture de services médicaux ou une facture de frais de déplacement.

La facture décrit ce qui est facturé. La RAMQ attribue un numéro unique à chaque facture afin de faciliter les suivis sur l'état de compte. Ce numéro doit être utilisé lors des communications avec la RAMQ.

La facture est aussi composée d'une partie détaillée, soit la « ligne de facture », dans laquelle les renseignements décrivent précisément le service ou les frais de déplacement facturés. Le nombre maximal de lignes par facture est de dix.

5 FACTURE DE SERVICES MEDICAUX

5.1 Description de la facture de services médicaux

Une facture de services médicaux décrit les services couverts prévus à l'Entente.

Elle contient entre autres :

- les renseignements du patient;
- le lieu de dispensation du service;
- les codes de facturation et les circonstances qui y sont reliées.

5.2 Particularités de la facture de services médicaux

5.2.1 Éléments de contexte

Les éléments de contexte permettent au médecin spécialiste de décrire le contexte dans lequel les services ont été rendus, et ainsi d'appliquer les dispositions de l'Entente. Pour bien décrire ce contexte, le médecin spécialiste a la possibilité de choisir un ou plusieurs éléments de contexte qui lui sont suggérés. Il peut également décider de n'en sélectionner aucun.

Il est important de bien identifier les éléments de contexte, car lors de l'appréciation de la facture, la RAMQ est en mesure de déterminer les effets de ces contextes sur le calcul des honoraires.

Il y a deux types d'éléments de contexte.

Éléments de contexte généraux

Ces éléments décrivent diverses caractéristiques qui s'appliquent à l'ensemble des services médicaux regroupés dans une facture, par exemple *Remplaçant au cours d'une anesthésie* ou *Déplacement pour prélèvement d'organes*. Les éléments de contexte généraux se situent au niveau de la facture.

Éléments de contexte du service

Ces éléments sont en lien avec le service rendu, par exemple *Fracture ouverte*, ou en lien avec diverses caractéristiques relatives au procédé utilisé, par exemple *Injection de phénol ou d'alcool*. Les éléments de contexte du service se situent au niveau de la ligne de facture.

La liste des éléments de contexte est disponible sur le site de la RAMQ.

5.2.2 Lieu de dispensation

Le lieu de dispensation est habituellement l'endroit où le médecin rend un service.

Cependant, certaines situations spécifiques de l'Entente prévoient que le médecin doit indiquer un lieu différent de celui où il rend le service.

Il y a deux types de lieux de dispensation :

1er type : Les lieux codifiés et reconnus par la RAMQ, dits *lieux physiques*, qui regroupent les installations des établissements de santé du Québec et hors du Québec, les cabinets, les centres de détention, les instituts et centres hospitaliers universitaires, etc.

La liste des lieux codifiés est accessible sur le site de la RAMQ.

2e type : Les lieux non codifiés, dits *géographiques*. Comme ces lieux n'ont pas de code reconnu par la RAMQ, il est requis de fournir un code de localité ou un code postal. De plus, l'emplacement de ce lieu doit être précisé :

- Cabinet;
- Domicile de la personne assurée;
- Autre.

Pour les lieux non codifiés **hors du Québec**, le médecin spécialiste doit inscrire le code de localité **60000**, puisqu'il est utilisé pour toutes les localités hors Québec.

La liste des localités est accessible sur le site de la RAMQ.

5.2.3 Lieu en référence

Le lieu en référence est un lieu différent du lieu de dispensation. Certaines modalités de l'Entente prévoient que l'identification de ce lieu est nécessaire pour apprécier le service. Dans ces situations le médecin doit préciser le lieu en référence sur sa ligne de facture. Les avis administratifs indiquent les situations où un lieu en référence est nécessaire et les informations à transmettre dans ces situations.

Le lieu en référence, tout comme le lieu de dispensation, peut être soit codifié (physique), soit non codifié (géographique).

5.2.4 Secteurs d'activité

En fonction de l'Entente, des modalités particulières de rémunération sont associées à des secteurs d'activité précis. Le cas échéant, il est important de spécifier le secteur lors de la création d'une facture.

5.2.5 Secteurs d'activité d'un centre hospitalier

En centre hospitalier, le secteur d'activité dans lequel les services sont rendus doit **obligatoirement** être spécifié.

Liste des secteurs d'activité en centre hospitalier

- Centre de douleur chronique
- Centre des grands brûlés
- Clinique d'urgence
- Clinique externe
- Groupe de médecine de famille universitaire
- Réadaptation en déficience physique
- Section gériatrique
- Section psychiatrique
- Unité coronarienne
- Unité d'hépatologie

- Unité de médecine familiale
- Unité de réadaptation lourde
- Unité de soins de néonatalogie
- Unité de soins généraux et spécialisés
- Unité de soins intensifs
- Unité de soins de longue durée (hébergement)
- Unité de soins de longue durée (prolongés)

5.2.6 Heure de début et heure de fin du service

Inscrire l'heure du service permet l'application de certaines majorations. En son absence, le service sera payé selon le tarif de base, le médecin spécialiste ne pourra donc pas bénéficier d'une majoration applicable. Il en est ainsi notamment pour le paiement des majorations d'honoraires applicables en urgence.

Certaines situations exigent que **l'heure de début du service soit indiquée pour sa validation**. D'autres situations exigent également que **l'heure de fin du service soit indiquée, permettant de calculer la durée automatiquement**, si nécessaire. L'absence de l'une ou l'autre des heures exigées entraîne le refus de paiement du service.

Lorsque l'heure de début ou l'heure de fin du service est demandée dans un avis administratif, c'est l'heure exacte qui doit être inscrite.

Lorsqu'il n'y a pas d'avis administratif, l'heure peut être inscrite en choisissant l'une des options suivantes :

- Choix 1 : L'heure de début de la plage prévue à l'Entente ou toute autre heure incluse dans la plage prévue à l'Entente.
- Choix 2 : L'heure de début du service rendu.

5.2.6.1 Mode de rémunération mixte

Pour le médecin visé par le mode de rémunération mixte, l'heure de début du service, ou toute autre heure incluse dans la plage horaire, est obligatoire et doit être indiquée en tout temps.

<table>
<tr><th colspan="3">Rémunération mixte</th></tr>
<tr><th>Situation</th><th>Choix 1</th><th>Choix 2</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Le service est rendu à 14 h 20,
donc à l'intérieur de la plage horaire débutant à 12 h.</td><td>Heure de début de la plage pendant laquelle le service a été rendu = 12:00</td><td rowspan="3">Heure de début du service = 14:20</td></tr>
<tr><td>ou</td></tr>
<tr><td>une autre heure incluse dans la plage entre 12:00 et 16:59</td></tr>
</table>

5.2.6.2 Anesthésiologie

Pour la facturation d'un service rendu en rôle 2 ou 3, les heures exactes de début et de fin du service doivent être indiquées en tout temps.

Inscrire les heures de début et de fin comme indiqué ci-dessous :

- **Service présent à l'onglet *D – Anesthésiologie* et pour lequel les unités de durée ne sont pas payables** : Inscrire les heures réelles de début et de fin du service.
- **Prise en charge** : Inscrire les heures réelles de début et de fin de la prise en charge.

- **Supplément** : Inscrire la même heure de début que celle du service pour lequel le supplément est facturé. L'heure de fin doit être la même que l'heure de début.

Anesthésiologie (rôle 2 ou 3)		
Situation	**Choix 1**	**Choix 2**
Service rendu de 8 h 15 à 13 h 15	Un seul choix possible, soit inscrire les heures précises de début et de fin du service. Heure de début du service : 8:15 Heure de fin du service : 13:15	

5.2.6.3 Plages horaires

Pour connaître les plages horaires, veuillez vous référer à l'article 3 de l'Annexe 38 ou, pour la médecine d'urgence, à l'article 2.3 de l'Annexe 40, dans la *Brochure nº 5*.

Pour l'anesthésiologie, voir également l'article 4.1 des *Modalités particulières* du modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie de l'Annexe 38.

5.2.6.4 Considération du changement d'heure

Un changement d'heure est prévu chaque deuxième dimanche de mars pour passer de 2 h (heure normale) à 3 h (heure avancée de l'Est). Le retour à l'heure normale se fait le premier dimanche de novembre à 2 h en reculant d'une heure. La RAMQ vous demande de bien respecter ces changements d'heure quand vous inscrivez vos heures de services.

Dans une situation qui nécessite d'indiquer une heure de début et une heure de fin, il est important de suivre les instructions suivantes pour éviter des refus de paiement.

Par exemple, pour la période du retour à l'heure normale, la RAMQ acceptera la facturation d'un forfait de minuit à 8 h, pour une durée réelle de 9 heures.

De même, un service pourrait commencer à 1 h 30 (heure avancée) et se terminer à 1 h 15 (heure normale), pour une durée totale de 45 minutes.

Lors du passage à l'heure avancée de l'Est, les heures de service entre 2 h et 2 h 59 ne seront pas admises puisqu'elles n'existent pas. Par exemple, pour la période du passage à l'heure avancée de l'Est, lorsqu'un médecin doit facturer un service entre 0 h et 2 h, il doit indiquer 0 h comme heure de début et 3 h comme heure de fin, parce qu'à 2 h l'heure normale passe à l'heure avancée de l'Est, donc 3 h. Si une durée est nécessaire, la durée réelle doit être inscrite. Dans l'exemple de 0 h à 3 h, la durée réelle est de 2 heures.

5.2.7 Forfaits

Le médecin spécialiste a droit à certains forfaits prévus à l'Entente.

Pour facturer un ou des forfaits, le médecin spécialiste doit inscrire le code de facturation approprié à la section *Code de facturation*.

Lorsque la facturation d'un forfait n'est pas en lien avec un patient, le médecin spécialiste doit l'indiquer à l'endroit prévu à cet effet et, dans ce cas, aucun NAM ne doit être inscrit.

5.2.8 Traitement collectif

Lorsqu'un acte est un traitement collectif fourni à plus d'une personne assurée (ex. : thérapie de groupe), tous les numéros d'assurance maladie des personnes assurées visées doivent être inscrits à la section *Numéro d'assurance maladie*.

5.2.9 Séance

Une séance est une période de temps consacrée à un patient.

Afin de bien appliquer les dispositions de l'Entente et de fournir un montant préliminaire juste, la RAMQ doit être en mesure d'identifier tous les services effectués lors de la séance. Il est donc important de connaître et de suivre la règle générale et les particularités relatives à la facturation des séances.

Règle générale

Pour déterminer que des services ont été effectués à la même séance, il suffit qu'ils soient rendus pour un même patient, dans le même lieu et dans la même journée. Un ou plusieurs médecins peuvent être impliqués. Aucun des services ne doit avoir été facturé avec l'élément de contexte ***Séance différente***.

Particularité

L'élément de contexte ***Séance différente*** doit être utilisé pour tous les services de la seconde séance.

La liste des éléments de contexte est disponible sur le site de la RAMQ.

5.2.10 Actes non tarifés

Certains actes ne sont pas tarifés dans l'Entente. Pour facturer ces services, le médecin doit utiliser le code de facturation **09990** et expédier sa demande à la RAMQ dans les 90 jours suivant la prestation du service. Aucun autre code de facturation ne doit figurer sur la facture.

À la réception d'une telle demande, la RAMQ envoie une lettre au médecin lui demandant les pièces justificatives et des renseignements sur la nature de l'intervention. Un code à barres figure sur cette lettre; il permet d'établir le lien entre la facture initiale et les pièces justificatives. Le médecin doit donc joindre la lettre à l'envoi de ses pièces justificatives.

La RAMQ s'assure ensuite de la conformité de la demande et, s'il y a lieu, la fait suivre aux parties négociantes pour évaluation. En cas de non-conformité, la RAMQ transmet une lettre de refus au médecin.

En attendant la décision des parties, le médecin reçoit, par la poste, un code de référence pour situations spéciales. Ce code doit être utilisé, le cas échéant, avec le code de facturation **09990** pour facturer tout autre service non tarifé de même nature.

En utilisant le code de référence pour situations spéciales avec le code de facturation **09990** pour demander le paiement d'un service non tarifé, la facturation est simplifiée : le médecin ne reçoit plus de lettre de la RAMQ et n'a plus de pièces justificatives à fournir.

Lorsqu'un tarif et un code de facturation sont attribués au service à la suite d'une entente entre les parties négociantes, le médecin **ne doit plus utiliser** le code **09990** ni le code de référence pour situations spéciales pour facturer ce service, mais bien le code de facturation créé par la RAMQ.

5.2.11 Honoraires additionnels

Conformément à la règle 16 du préambule général de l'Entente des médecins spécialistes, une prestation de soins dont la complexité est inhabituelle ou rendue dans des circonstances hors de l'ordinaire donne droit au paiement d'honoraires additionnels.

Des renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles justifiant ces honoraires majorés doivent être fournis.

Pour demander des honoraires additionnels, le médecin spécialiste doit choisir l'élément de contexte ***Service médical dont la complexité est inhabituelle*** à la même ligne de facture que le code de facturation.

La RAMQ traite les demandes d'honoraires additionnels en deux temps. Dans un premier temps, elle évalue la facture en appliquant le tarif négocié à l'Entente. Dans un deuxième temps, elle envoie au médecin spécialiste une correspondance lui demandant de fournir les pièces justificatives ainsi que le montant supplémentaire qu'il juge approprié. Un code à barres figure sur cette correspondance, et le médecin spécialiste doit joindre ce code à barres à l'envoi des pièces justificatives. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

À la réception des pièces justificatives et du montant d'honoraires additionnels demandé, la RAMQ apprécie l'éligibilité de la demande. En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

5.3 Description des champs de la facture de services médicaux

Section 1 : Informations concernant le lieu de dispensation

Titre des champs	Description	Informations à fournir
Lieu de dispensation	Lieu où les services sont rendus.	Inscrire le lieu de dispensation. Voir la section *Lieu de dispensation* du présent guide.
Précision du lieu de dispensation codifié	Précision supplémentaire sur le lieu de dispensation. Cette précision est requise lorsque le médecin effectue un service dans un lieu différent de celui où il possède une nomination selon le mode de rémunération.	Identifier la précision du lieu de dispensation lorsque requise (ex. : Témoignage au tribunal).
Secteur d'activité d'un établissement	Identification du secteur d'activité de l'établissement où les services sont rendus.	Inscrire le secteur d'activité. Voir la section *Secteurs d'activité d'un centre hospitalier*.

Précision du secteur d'activité	Précision à l'égard d'un secteur d'activité, **si requis**. **Salle d'opération** : Préambule général A - Règles 24, 25, 27 et 30 **Chevet du patient** : Addendum 8 - Règle 10	Inscrire la caractéristique supplémentaire du secteur d'activité : • salle d'opération; • chevet du patient.
Lieu de dispensation non codifié	Lieu où les services sont rendus.	Inscrire le code postal ou le code de localité du lieu de dispensation.
Type de lieu de dispensation non codifié	Uniquement pour les lieux de dispensation non codifiés.	Indiquer si le lieu de dispensation est un cabinet, un domicile ou autre.
Précision du lieu de dispensation non codifié	Précision supplémentaire sur le lieu de dispensation. Lorsqu'il s'agit d'un **local sous gestion du gouvernement** ou d'un organisme qu'elle subventionne; autre qu'un centre hospitalier, un centre d'accueil ou un CLSC. Cette appellation vise, entre autres, les écoles et les foyers d'hébergement.	Identifier si le lieu de dispensation est un local sous gestion du gouvernement.

Section 2 : Informations concernant le patient qui reçoit des services médicaux

Titre des champs	Description	Informations à fournir
NAM	Numéro d'assurance maladie À moins d'avis contraire, un NAM est requis.	Inscrire le NAM du patient. Si l'acte effectué est un traitement collectif, inscrire le NAM de chaque patient
Identité	Ces informations sont requises uniquement lorsque le NAM est absent. Le médecin doit indiquer la circonstance pour laquelle il facture pour une personne sans NAM. Ces circonstances sont décrites à la section *Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie*.	• Nom • Prénom • Date de naissance • Sexe • Adresse
Ordre des naissances	Lorsqu'il y a des naissances multiples, spécifier l'ordre des naissances.	**1.** Premier bébé **2.** Deuxième bébé et ainsi de suite
Personne répondante	Uniquement pour un enfant de moins d'un an qui n'a pas de NAM.	Inscrire le NAM de la mère ou du père, lorsque connu, sinon, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe de la personne répondante.

Code de diagnostic médical	Système de classification CIM-9 et CIM-10. Voir la rubrique *Répertoire des diagnostics*.	Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.
IMC	Dans certains cas, la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC) du patient est requise.	Inscrire l'IMC si requis.
Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail	**La date** de l'accident ou de l'événement ou, dans le cas du retrait préventif, la date à laquelle le médecin a rempli le formulaire recommandant le retrait préventif.	Inscrire la date de l'accident ou de l'événement. Si un autre acte n'ayant pas de lien avec la santé et la sécurité du travail est inscrit sur la même facture, utiliser l'élément de contexte ***Service non lié à la santé et à la sécurité du travail***.
Date des dernières menstruations	La date des dernières menstruations, pour les actes en obstétrique – gynécologie.	Inscrire la date des dernières menstruations, si requis.
Période d'hospitalisation	La date d'entrée et la date de sortie du patient de l'établissement.	Inscrire la date d'entrée et la date de sortie, s'il y a lieu.
Numéro d'autorisation	Numéro associé à une demande d'autorisation d'une intervention qui, selon l'Entente, requiert une autorisation préalable.	Inscrire le numéro d'autorisation fournit par la RAMQ.

Section 3 : Informations concernant une personne autre qu'un patient

Une personne autre n'est pas considérée comme un patient, mais elle bénéficie d'un service autre que médical (ex. : formation) payable par la RAMQ.

Le médecin spécialiste qui réalise des activités de formation et de supervision médicale dans les milieux reconnus est rémunéré pour ces activités. Sur la facture de services médicaux, il doit indiquer le type de stagiaire supervisé et l'identifier. L'identification se fait par le numéro de l'ordre professionnel auquel la personne appartient ou, pour l'infirmière praticienne spécialisée, par le numéro d'inscription RAMQ. Lorsqu'il s'agit d'une conseillère ou d'un conseiller en génétique, l'identification se fait par le nom et le prénom.

Type de personne autre qu'un patient	Identification requise **(Voir les *numéros attribués par la Régie aux professionnels et aux dispensateurs*)**
Étudiante en pratique sage-femme	Numéro d'étudiante attribué par l'Ordre des sages-femmes du Québec.
Externe (étudiant)	Numéro d'étudiant attribué par le Collège des médecins du Québec : numéro débutant par la lettre E, en majuscule, suivie de huit chiffres (E12345678).
Infirmière praticienne spécialisée	Numéro de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
Résident	Numéro du Collège des médecins du Québec : numéro débutant par le chiffre 5 suivi de cinq chiffres (5XXXXX).

Section 4 : Autres informations applicables à l'ensemble de la facture

Titre des champs	Description	Informations à fournir
Date et heure de début de la période de travail	Le médecin spécialiste en médecine d'urgence doit fournir la date et l'heure de début de son quart de travail. Addendum 11 – Règle 8.	Inscrire la date et l'heure de début de la période de travail.
Date et heure de début de l'intervention commencée par un autre professionnel	Le médecin remplaçant en rôle 2 ou 3 doit indiquer la date et l'heure de début de l'intervention qui a été commencée par un autre professionnel en rôle 2 ou 3.	Inscrire la date et l'heure de début de l'intervention commencée par un autre professionnel.
Éléments de contexte généraux	Contexte général dans lequel a eu lieu une rencontre entre un médecin et son patient.	Inscrire le ou les éléments de contexte.
Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée)	Indique si la facture est liée à une demande de remboursement.	Indiquer si la facture est liée à une demande de remboursement.

Section 5 : Informations concernant la ligne de facture du service médical

Une ligne de facture contient des informations en lien avec le service rendu pour lequel un paiement est demandé.

Titre des champs	Description	Informations à fournir
Rôle	Le rôle renvoie à la fonction assumée par le médecin lors de la dispensation du service.	Inscrire le numéro du rôle. La liste des rôles est disponible à l'annexe II du présent guide.
Date du service	Date à laquelle le service a été rendu. Particularité : En rôles 2 et 3, une date de fin doit de plus être inscrite en tout temps.	Inscrire la date du service et, s'il y a lieu, la date de fin du service.
Heure du service	Heure à laquelle un service a été rendu. Particularités : • En rôles 2 et 3, l'heure de fin doit de plus être inscrite en tout temps. • Des avis administratifs peuvent indiquer d'inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.	Inscrire l'heure de début du service et, s'il y a lieu, l'heure de fin du service.
Plage horaire de l'heure de début	Optionnellement, une plage horaire peut être saisie.	Choisir la plage horaire de l'heure de début dans le menu déroulant.

Code de facturation	Code associé à un acte médical, à un service ou à des frais qui sont facturés.	Inscrire le code de facturation.
Code de référence pour situations spéciales	Code attribué par la RAMQ à un acte non tarifé qui a déjà été facturé par le médecin.	Inscrire le code de référence pour situations spéciales.
Contexte du service	Éléments en lien avec le contexte dans lequel le service a été rendu.	Inscrire le ou les éléments de contexte.
Mesure, nombre ou durée	Si l'élément facturé nécessite de fournir des éléments de mesure, ceux-ci sont fournis en fonction de ce qui est mesuré. Particularité : Lorsque l'élément mesurable est une durée, il n'est pas nécessaire de l'inscrire si l'heure de début et l'heure de fin du service sont fournies.	Inscrire soit : • la mesure (ex. : longueur en cm d'une plaie ouverte); • le nombre (ex. : nombre de polypes); • la durée, lorsque l'heure de début et l'heure de fin du service ne sont pas inscrites (ex. : durée d'un examen – 45 minutes).
Situation liée au lieu en référence	Permet d'identifier la situation liée au lieu en référence lorsqu'un lieu en référence est requis.	Indiquer la situation du lieu en référence qui s'applique (ex. : Université affiliée).
Lieu en référence	Le lieu en référence est un lieu différent du lieu présent sur la facture, mais dont l'information est nécessaire pour apprécier le service. Le lieu en référence peut être codifié ou non codifié.	Inscrire le code du lieu en référence. Pour le lieu non codifié, choisir selon le cas : • le territoire désigné à la *Lettre d'entente nº 171*; • le territoire suprarégional pris en charge lors d'une garde en disponibilité en télétrombolyse. Inscrire le code postal ou le code de localité du lieu en référence.
Type de lieu en référence non codifié	Permet de préciser s'il s'agit d'un domicile, d'un cabinet ou autre.	Choisir le type de lieu en référence non codifié : • domicile; • cabinet; • autre.

Professionnel en référence	• Professionnel qui a référé le patient; • Professionnel assumant les soins post-opératoires et la chirurgie; • Intervenant ayant demandé l'interprétation en urgence; • Résident ayant collaboré au service rendu; • Externe ayant collaboré au service rendu. Particularité : Des avis administratifs peuvent indiquer d'inscrire un professionnel en référence.	Inscrire le numéro RAMQ à 6 chiffres du professionnel. Particularités pour les pharmaciennes et pharmaciens et les infirmières et infirmiers : les numéros RAMQ à inscrire débutent par 4XXXXX et 8XXXXX. Pour les infirmières praticiennes spécialisées, le numéro débute par 81XXXX. Pour ces professions ou pour toute autre profession, lorsque le numéro n'est pas disponible, inscrire : • le nom et le prénom; • le type de profession. Lorsque le type de profession n'est pas présent, inscrire le type de profession *Autres*.
Hors du Québec		Pour un professionnel inscrit à la RAMQ, mais hors du Québec, inscrire le numéro du professionnel, soit : – 6XXXXX pour un médecin; – 8XXXXX (sauf 81XXXX) pour un optométriste; – 7XXXXX (sauf 74XXXX) pour un dentiste. Si le professionnel ne détient pas de numéro à la RAMQ, inscrire: • le nom et le prénom; • le type de profession.
Date et heure de l'appel ou de la demande de consultation	La date et l'heure de l'appel ou de la demande de consultation peuvent être inscrites lorsque le médecin spécialiste rencontre un patient référé par un médecin omnipraticien, un médecin spécialiste ou un autre professionnel de la santé. Particularité : Des avis administratifs peuvent indiquer d'inscrire la date et l'heure de l'appel ou de la demande de consultation.	Inscrire la date et l'heure de l'appel ou de la demande de consultation si requises.

Code OMIM	Code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man)	Code de toutes maladies connues qui relèvent de l'un ou l'autre composant génétique et si possible les relient à des gènes adéquats au sein du génome humain. Inscrire le code OMIM si requis.
Montant perçu	Somme payée par un patient pour un service couvert qui lui a été rendu même s'il n'avait pas présenté sa carte d'assurance maladie ni un document d'admissibilité temporaire la remplaçant, ou si sa carte est expirée.	Inscrire le montant perçu au patient pour chaque service couvert qui lui a été rendu. La somme des montants inscrits sur chacune des lignes de la facture liée à la demande de remboursement doit correspondre au montant perçu de la demande de remboursement.
Date et heure de réception de l'appel	Date et heure auxquelles le médecin spécialiste a reçu l'appel. Particularité : Des avis administratifs peuvent indiquer d'inscrire la date et l'heure de la réception de l'appel.	Inscrire la date et l'heure de réception de l'appel si requises.
Date et heure de réalisation de l'examen	Date et heure auxquelles l'examen, d'imagerie médicale par exemple, a été effectué. Particularité : Des avis administratifs peuvent indiquer d'inscrire la date et l'heure de la réalisation de l'examen.	Inscrire la date et l'heure de la réalisation de l'examen si requises.

5.4 Recevabilité des factures

5.4.1 Facture recevable

La recevabilité porte sur la qualité du contenu d'une facture afin de s'assurer qu'elle est dûment remplie pour l'appréciation par la RAMQ. En cas d'erreur, le demandeur doit apporter les modifications requises et transmettre une nouvelle facture.

Une facture est considérée recevable lorsque les informations qui y sont consignées sont valides (ex. : type de facture, NAM, etc.) et lorsque toutes les lignes de la facture (ex. : date du service, code de facturation, etc.) sont recevables.

Pour chaque facture, la RAMQ vérifie la validité des renseignements inscrits (ex. : numéro du professionnel, NAM, lieu de dispensation, etc.).

Pour chaque ligne de facture, la RAMQ vérifie également la cohérence des renseignements.

Lorsqu'une facture est recevable, la RAMQ envoie au médecin spécialiste, ou à son mandataire, le numéro de facture RAMQ et le numéro de facture externe pour qu'il puisse apparier les renseignements avec la facture correspondante dans son système.

C'est le numéro de facture RAMQ qui doit être ensuite utilisé pour toute communication avec la RAMQ en lien avec cette facture.

5.4.2 Facture non recevable

Si au moins une des lignes de facture est considérée comme non recevable, la facture au complet est jugée non recevable et ne sera pas traitée par la RAMQ.

Lorsqu'une facture est non recevable, la RAMQ envoie au médecin spécialiste, ou à son mandataire, le numéro de facture externe ainsi qu'un message explicatif pour qu'il puisse corriger les renseignements erronés et transmettre une nouvelle facture.

Important : Si une facture est non recevable, aucun numéro de facture RAMQ ne lui est attribué et la facture ne paraît pas à l'état de compte.

5.4.3 Calcul du montant préliminaire

Lorsqu'une facture est recevable, la RAMQ détermine un montant préliminaire pour chaque ligne de facture. Ce montant est dit *préliminaire*, puisque les contrôles prévus pour l'évaluation de la facture dans son contexte et selon l'Entente n'ont pas tous été appliqués. Il est donc possible que le montant payé à l'état de compte soit différent du montant préliminaire retourné au médecin spécialiste. Des messages explicatifs s'ajoutent à l'état de compte pour expliquer les écarts.

À l'annexe II, les tableaux *Exemples de calcul du montant préliminaire* expliquent la ou les règles de calcul.

6 FACTURE DE FRAIS DE DEPLACEMENT

6.1 Frais de déplacement

Une facture de frais de déplacement consiste en la demande de remboursement des frais de déplacement par un médecin spécialiste en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente.

Une facture de frais de déplacement contient les renseignements concernant :

- le médecin qui fait la demande;
- la direction du déplacement (aller ou retour)
- les frais de transport;
- le temps de déplacement;
- le forfait de déplacement.

Important : Le remboursement des frais de déplacement peut être versé seulement dans un compte de finances personnelles et dans un compte administratif individuel.

6.2 Pièces justificatives liées aux frais de déplacement

La RAMQ peut demander des pièces justificatives liées aux frais de déplacement pour évaluer correctement sa facturation. Bien que les pièces justificatives ne soient pas exigées d'emblée, le médecin spécialiste **doit les conserver pendant cinq (5) ans** au cas où elles lui seraient demandées.

6.3 Facturation des frais de déplacement

Pour facturer des frais de déplacement, le médecin spécialiste doit indiquer le ou les types de frais de déplacement pour lesquels il demande le paiement. Selon le type, différentes informations sont demandées.

Le tableau *Types de frais de déplacement et informations à fournir* résume de façon générale les informations demandées pour des frais de déplacement.

Également, 8 éléments de contexte sont applicables pour les frais de déplacement :

- Information applicable à l'ensemble de la facture :
  - Aller
  - Retour
  - Déplacement pour prélèvement d'organes
- Information applicable à la ligne de facture :
  - Demande de remboursement des frais de transport déjà transmise
  - Temps d'attente imprévu (Date de fin : 8 décembre 2019)
  - Temps d'attente imprévu entre 7 h et 21 h (Date d'entrée en vigueur : 9 décembre 2019)

- Vol nolisé de 35 sièges et plus
- Dans le cadre d'une mission

Le médecin doit **obligatoirement** utiliser l'élément de contexte ***Aller*** ou ***Retour*** afin de différencier la direction du déplacement (aller ou retour) pour rendre des services assurés, et utiliser les autres éléments de contexte, si requis.

Types de frais de déplacement et informations à fournir

	Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Date de départ (heure)	Date d'arrivée (heure)	Code de facturation	Moyen de transport	Type de frais	Nbre de km aller	Montant par frais	Nbre d'heures de déplacement	Nbre d'heures de temps d'attente	Nbre d'heures de temps d'attente imprévu
Frais de transport	**x**	**x**	**x**	**x**		Autobus	Général		**x**			
						Taxi	Général		**x**			
						Train	Général		**x**			
						Traversier	Général		**x**			
						Véhicule loué	Location de véhicule		**x**			
							Essence		**x**			
					09991	Véhicule personnel		**x**				
							Stationnement		**x**			
						Vol commercial	Général		**x**			
						Vol personnel	Général		**x**			
						Vol nolisé	Général		**x**			
						Si plusieurs moyens de transport sont utilisés lors d'un même déplacement, autant de lignes de facture que de moyens de transport utilisés doivent être créées.					
Frais de temps de déplacement	**x**	**x**	**x**	**x**		Autobus				**x**		**x**
						Covoiturage		**x**				**x**
						Taxi				**x**		**x**
						Train				**x**		**x**
						Traversier				**x**	**x**	**x**
						Véhicule loué		**x**				**x**
					09992	Véhicule personnel		**x**				**x**
						Vol commercial				**x**	**x**	**x**
						Vol personnel				**x**		**x**
						Vol nolisé				**x**		**x**
						Vol nolisé de 35 sièges et plus				**x**	**x**	**x**
						Si plusieurs moyens de transport génèrent du temps de déplacement ou de l'attente pour le médecin, autant de lignes doivent être créées.					

6.4 Particularités de facturation des frais de déplacement

Pour facturer des frais de déplacement, le médecin doit inscrire obligatoirement le lieu et l'heure de départ ainsi que le lieu et l'heure d'arrivée, et ce, peu importe si ce sont des frais de transport ou des frais de temps de déplacement qui sont facturés.

Si le lieu de départ ou d'arrivée est codifié, pour informer la RAMQ du lieu où les services sont rendus, il est important d'utiliser le numéro d'établissement ou d'installation plutôt que le code du lieu de localité ou le code postal.

Afin de différencier le déplacement pour l'aller de celui pour le retour, le médecin doit utiliser un des éléments de contexte suivants en tout temps pour facturer des frais de déplacement :

- ***Aller***
- ***Retour***

Lorsque le médecin est en direction d'une ou de plusieurs installations où les services seront rendus, il doit utiliser l'élément de contexte ***Aller*** (voir les exemples à la section *Exemples de facturation des frais de déplacement*).

Lorsque le médecin est en direction de son domicile ou de son lieu habituel de pratique, il doit utiliser l'élément de contexte ***Retour*** (voir les exemples à la section *Exemples de facturation des frais de déplacement*).

Lorsque le médecin facture des frais de déplacement, il doit utiliser des factures différentes pour tous ses segments de déplacement. Par exemple, un médecin faisant le trajet Québec – Gaspé – Québec doit facturer le segment Québec – Gaspé sur une facture avec l'élément de contexte ***Aller*** et le segment Gaspé – Québec, sur une autre facture avec l'élément de contexte ***Retour***. Voir l'exemple 1, *Frais de déplacement en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente en territoire désigné insuffisamment pourvu de professionnels de la santé – Véhicule personnel* à la section *Exemples de facturation des frais de déplacement*.

De plus, lorsque le médecin visite plusieurs installations subséquemment, il doit utiliser une facture différente pour chaque segment effectué. Comme montré à l'exemple 3 *Frais de déplacement en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente en territoire désigné insuffisamment pourvu de professionnels de la santé vers une autre installation où des services seront rendus* de la section *Exemples de facturation des frais de déplacement*, pour un déplacement Trois-Rivières – Matane – Gaspé – Trois-Rivières, il devra utiliser 3 factures :

- Une pour le segment Trois-Rivières – Matane, avec l'élément de contexte ***Aller***;
- Une pour le segment Matane – Gaspé, avec l'élément de contexte ***Aller***;
- Une pour le segment Gaspé – Trois-Rivières, avec l'élément de contexte ***Retour***.

Frais de transport

Lorsqu'en plus du véhicule personnel un autre moyen de transport, comme l'avion ou le train, est utilisé, le médecin doit utiliser 2 factures : une pour l'aller et l'autre pour le retour. Voir l'exemple 2, *Frais de déplacement en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente en territoire désigné insuffisamment pourvu de professionnels de la santé – Véhicule personnel et avion* de la section *Exemples de facturation des frais de déplacement*. Si le coût du billet inclut l'aller et le retour, une seule facture doit être utilisée pour ces frais seulement.

Pour le véhicule personnel, l'indemnité octroyée est de 0,465 $ par kilomètre pour l'aller et de 0,465 $ par kilomètre pour le retour à partir du 1er avril 2019. Dans tous les cas, **le nombre de kilomètres doit être indiqué à la section *Nombre de km à l'aller*, et ce, même s'il s'agit d'un retour**.

Temps de déplacement

Lorsque le médecin facture du temps de déplacement, celui-ci est également remboursable selon le moyen de transport utilisé (voir les colonnes *Nbre de km aller* ou *Nbre d'heures de déplacement*, selon la situation, du tableau *Types de frais de déplacement et informations à fournir*).

L'indemnité pour le temps de déplacement est accordée jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures pour l'aller et de 9 heures pour le retour.

- Pour le véhicule personnel, le véhicule loué ou le covoiturage :

  Aller : Le nombre de kilomètres doit être indiqué à la section *Nombre de km à l'aller*.

  Retour : Le nombre de kilomètres doit être indiqué à la section *Nombre de km à l'aller*.

  Le système utilise ce nombre pour calculer le temps de déplacement selon la formule suivante :

  Kilométrage divisé par 80 km/h et multiplié par le taux de l'indemnité horaire en vigueur.

- Pour l'autobus, le taxi, le train, le traversier, le vol commercial, le vol personnel et le vol nolisé : Inscrire le nombre d'heures de déplacement.

  *Pour le taxi, calculer le nombre d'heures de déplacement selon la formule mentionnée ci-haut.

Lorsqu'un billet de transport par exemple un billet d'avion, de traversier, d'autobus etc., est facturé en totalité à l'aller, au retour le temps de déplacement peut être facturé seul en inscrivant l'élément de contexte ***Demande de remboursement des frais de transport déjà transmise***.

Temps d'attente imprévu

Exceptionnellement, le médecin qui peut bénéficier des modalités relatives au temps de déplacement et qui est retenu pour des raisons imprévues (par exemple une intempérie ou un retard de vol) a droit à une indemnité pour son temps d'attente jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement). Lors de la facturation :

- pour les services rendus avant le 9 décembre 2019, le médecin doit utiliser l'élément de contexte ***Temps d'attente imprévu***;
- pour les services rendus à partir du 9 décembre 2019, le médecin doit utiliser l'élément de contexte ***Temps d'attente imprévu entre 7 h et 21 h***.

Forfait de déplacement

Comme il est indiqué dans la lettre d'entente A-53 de l'annexe 11.B de la *Brochure nº 1*, certains médecins peuvent facturer un forfait de déplacement. Dans ces situations, le code de facturation à utiliser est le **19899**. Le médecin spécialiste voulant connaître les modalités de facturation de ce forfait doit consulter les avis administratifs inclus dans la lettre d'entente.

6.5 Exemples de facturation des frais de déplacement

Dans les exemples qui suivent, l'indemnité de kilométrage est de0,465 $ à l'aller et de 0,465 $ au retour.

Exemple 1 : Frais de déplacement en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente en territoire désigné insuffisamment pourvu de professionnels de la santé

Véhicule personnel

Remplacement du 2019-12-02 au 2019-12-07 à l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (03283). Le lieu de départ est Québec (62014) et le lieu d'arrivée est l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (03283). Pour l'aller, la date et l'heure de départ sont le 2019-12-02 à 6 h et l'arrivée est à 17 h. Pour le retour, la date et l'heure de départ sont le 2019-12-07 à 7 h et l'arrivée est à 18 h. La distance est de 694 km pour l'aller et de 694 km pour le retour.

1re facture : Véhicule personnel (aller)

Frais de transport
1re ligne : Véhicule personnel (aller)

- Date de service : 2019-12-02
- Code de facturation : **09991**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 694

Montant préliminaire de la 1re ligne : 322,71 $

Temps de déplacement
2e ligne : Véhicule personnel (aller)

- Date de service : 2019-12-02
- Code de facturation : **09992**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 694

Montant préliminaire de la 2e ligne : 997,63 $

Informations applicables à l'ensemble de la facture

Lieu de départ	Lieu d'arrivée
• Date : 2019-12-02 • Heure : 6 h • Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 62014 Élément de contexte de la facture : ***Aller***	• Date : 2019-12-02 • Heure : 17 h • Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ 03283

Montant préliminaire de la 1re facture : 1 320,34 $

2e facture : Véhicule personnel (retour)

Frais de transport
1re ligne : Véhicule personnel (retour)

- Date de service : 2019-12-07
- Code de facturation : **09991**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 694

Montant préliminaire de la 1re ligne : 322,71 $

Temps de déplacement
2e ligne : Véhicule personnel (retour)

- Date de service : 2019-12-07
- Code de facturation : **09992**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 694

Montant préliminaire de la 2e ligne : 997,63 $

Informations applicables à l'ensemble de la facture

Lieu de départ	**Lieu d'arrivée**
• Date : 2019-12-07 • Heure : 7 h • Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ – Hôtel-Dieu de Gaspé 03283 Élément de contexte de la facture : ***Retour***	• Date : 2019-12-07 • Heure : 18 h • Type de lieu : Lieu non codifié à la RAMQ (code de localité) 62014

Montant préliminaire de la 2e facture : 1 320,34 $

Montant préliminaire pour les 2 factures : 2 640,68 $

Exemple 2 : Frais de déplacement en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente en territoire désigné insuffisamment pourvu de professionnels de la santé

Véhicule personnel et avion

Remplacement du 2019-12-02 au 2019-12-06 à l'Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles (numéro 02693). Le lieu de départ est Montmagny (localité 61417) et le lieu d'arrivée est à l'Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles (numéro 02693). Pour l'aller, la date et l'heure de départ sont le 2019-12-02 à 6 h et l'arrivée est à 11 h. Pour le retour, la date et l'heure de départ sont le 2019-12-06 à 7 h et l'arrivée est à 12 h.

Moyen de transport

Véhicule personnel : Le kilométrage est de 80 km pour l'aller et de 80 km pour le retour. Stationnement à l'aéroport : 50 $

Avion : Le billet d'avion est d'un coût de 857 $. Le temps de vol à l'aller est de 2 h et le temps d'attente est de 1 h. Le temps de vol au retour est de 2 h et le temps d'attente est de 1 h.

1re facture

Frais de transport
1re ligne : Véhicule personnel (aller)

- Date de service : 2019-12-02
- Code de facturation : **09991**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 80
- Stationnement : 50 $

Montant préliminaire de 1re ligne : 87,20 $

2e ligne : Avion (aller-retour)

- Date de service : 2019-12-02
- Code de facturation : **09991**
- Moyen de transport : Vol commercial

Frais généraux : 857 $

Temps de déplacement
3e ligne : Véhicule personnel (aller)

- Date de service : 2019-12-02
- Code de facturation : **09992**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 80

Montant préliminaire la 3e ligne : 115,00 $

4e ligne : Avion (aller)	
• Date de service : 2019-12-02 • Code de facturation : **09992** • Moyen de transport : Vol commercial • Nombre d'heures en déplacement : 2 heures • Nombre d'heures en attente : 1 heure **Montant préliminaire de la 4e ligne : 345,00 $**	
Informations applicables à l'ensemble de la facture	
Lieu de départ	Lieu d'arrivée
• Date : 2019-12-02 • Heure : 6 h • Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 61417 Élément de contexte de la facture : ***Aller***	• Date : 2019-12-02 • Heure 10 h • Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ 02693
Montant préliminaire de la 1re facture : 1 404,20 $	

2e facture

Frais de transport 1re ligne : Véhicule personnel (retour)
• Date de service : 2019-12-06 • Code de facturation : **09991** • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 80 **Montant préliminaire de la 1re ligne : 37,20 $**
Temps de déplacement 2e ligne : Véhicule personnel (retour)
• Date de service : 2019-12-06 • Code de facturation : **09992** • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 80 **Montant préliminaire de la 2e ligne : 115,00 $**

<table>
<tr><td colspan="2">3e ligne : Avion (retour)</td></tr>
<tr><td colspan="2">• Date de service : 2019-12-06
• Code de facturation : 09992
• Moyen de transport : Vol commercial
• Nombre d'heures en déplacement : 2 h
• Nombre d'heures en attente : 1 h
• Élément de contexte : Demande de remboursement des frais de transport déjà transmise
Montant préliminaire de la 3e ligne : 345,00 $</td></tr>
<tr><td colspan="2">Informations applicables à l'ensemble de la facture</td></tr>
<tr><td>Lieu de départ</td><td>Lieu d'arrivée</td></tr>
<tr><td>• Date : 2019-12-06
• Heure : 7 h
• Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ 02693
Élément de contexte : Retour</td><td>• Date : 2019-12-06
• Heure : 11 h
• Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 61417</td></tr>
<tr><td colspan="2">Montant préliminaire de la 2e facture : 497,20 $</td></tr>
<tr><td colspan="2">Total des montants préliminaires pour les 2 factures : 1 901,40 $</td></tr>
</table>

Exemple 3 : Frais de déplacement lorsque plusieurs établissements sont visités

Premier segment (première facture)

Remplacement du 2019-12-03 au 2019-12-05 à l'Hôpital de Matane**.** Pour ce segment, le lieu de départ est Trois-Rivières (code de localité 64302) et le lieu d'arrivée est l'Hôpital de Matane (numéro d'établissement 03313).

Pour l'aller, la date et l'heure de départ sont le 2019-12-03 à 8 h et l'arrivée est à 14 h 30. L'élément de contexte à utiliser est ***Aller***.

Moyen de transport :

Véhicule personnel : La distance est de 520 km pour l'aller.

Deuxième segment (deuxième facture)

Remplacement du 2019-12-06 au 2019-12-07 à l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé. **Pour l'aller**, le lieu de départ est l'Hôpital de Matane (numéro d'établissement 03313) en direction d'une autre installation, sans faire un retour au lieu de départ du premier remplacement. Le lieu d'arrivée est l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (numéro d'établissement 03283).

La date et l'heure de départ sont le 2019-12-05 à 18 h et l'arrivée est à 21 h 30. L'élément de contexte à utiliser est ***Aller***.

Moyen de transport :

Véhicule personnel : La distance est de 287 km pour l'aller.

Troisième segment (troisième facture)

Retour vers le domicile ou le lieu de pratique habituel. **Pour le retour**, le lieu de départ est l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (numéro d'établissement 03283) et le lieu d'arrivée est Trois-Rivières (code de localité 64302).

La date et l'heure de départ sont le 2019-12-08 à 8 h et l'arrivée est le 2019-12-08 à 18 h. L'élément de contexte à utiliser est ***Retour***.

Moyen de transport :

Véhicule personnel : La distance est de 805 km pour le retour.

1re facture : Véhicule personnel (aller)	
Frais de transport 1re ligne : Véhicule personnel (aller)	
• Date de service : 2019-12-03 • Code de facturation : **09991** • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 520 **Montant préliminaire de la 1re ligne : 241,80 $**	
Temps de déplacement 2e ligne : Véhicule personnel (aller)	
• Date de service : 2019-12-03 • Code de facturation : **09992** • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 520 **Montant préliminaire de la 2e ligne : 747,50 $**	
Informations applicables à l'ensemble de la facture	
Lieu de départ	Lieu d'arrivée
• Date : 2019-12-03 • Heure : 8 h • Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 64302 Élément de contexte de la facture : ***Aller***	• Date : 2019-12-03 • Heure : 14 h 30 • Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ – Hôpital de Matane 03313
Montant préliminaire de la 1e facture : 989,30 $	

2e facture : Véhicule personnel (aller)

Frais de transport
1re ligne : Véhicule personnel (aller)

- Date de service : 2019-12-05
- Code de facturation : **09991**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 287

Montant préliminaire de la 1re ligne : 133,46 $

Temps de déplacement
2e ligne : Véhicule personnel (aller)

- Date de service : 2019-12-05
- Code de facturation : **09992**
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 287

Montant préliminaire de la 2e ligne : 412,56 $

Informations applicables à l'ensemble de la facture

Lieu de départ	Lieu d'arrivée
• Date : 2019-12-05 • Heure : 18 h • Type de lieu : Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ – Hôpital de Matane 03313 Élément de contexte : ***Aller***	• Date : 2019-12-05 • Heure : 21 h 30 • Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ – Hôtel-Dieu de Gaspé 03283

Montant préliminaire de la 2e facture : 546,02 $

3e facture : Véhicule personnel (retour)

Frais de transport
1re ligne : Véhicule personnel (retour)

- Date de service : 2019-12-08
- Code de facturation : 09991
- Moyen de transport : Véhicule personnel
- Kilométrage à l'aller : 805

Montant préliminaire de la 1re ligne : 374,33 $

<table>
<tr><td colspan="2">Temps de déplacement
2e ligne : Véhicule personnel (aller)</td></tr>
<tr><td colspan="2">• Date de service : 2019-12-08
• Code de facturation : 09992
• Moyen de transport : Véhicule personnel
• Kilométrage à l'aller : 805
Montant préliminaire de la 2e ligne : 1 035,00 $ (maximum 9 heures pour le temps de déplacement)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Informations applicables à l'ensemble de la facture</td></tr>
<tr><td>Lieu de départ</td><td>Lieu d'arrivée</td></tr>
<tr><td>• Date : 2019-12-08
• Heure : 8 h
• Type de lieu : Lieu codifié à la RAMQ – Hôtel-Dieu de Gaspé 03283
• Élément de contexte : Retour</td><td>• Date : 2019-12-08
• Heure : 18 h
• Type de lieu : Lieu non codifié à la RAMQ (code de localité) 64302</td></tr>
<tr><td colspan="2">Montant préliminaire de la 3e facture : 1409,33 $</td></tr>
<tr><td colspan="2">Montant préliminaire pour les 3 factures : 2 944,65 $</td></tr>
</table>

7 MODIFICATION D'UNE FACTURE

Le médecin spécialiste ou son mandataire peut modifier une facture en respectant les conditions suivantes :

- La première transmission de la facture doit avoir été faite dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis;
- La modification doit être faite dans les 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel la facture parait. Exceptionnellement, il est possible que la modification ne puisse pas être effectuée. Dans ce cas, le médecin spécialiste ou son mandataire doit transmettre une demande de révision (formulaire 1549) détaillant ce qui doit être modifié.

Modifier une facture est l'action qui consiste à :

- Modifier des renseignements déjà fournis;
- Ajouter une ou plusieurs lignes de facture;
- Retirer une ou plusieurs lignes de facture.

Pour modifier une facture, le médecin spécialiste doit obligatoirement utiliser le numéro de facture RAMQ transmis par la RAMQ. Il doit **modifier seulement** les informations souhaitées et soumettre à nouveau une version complète de la facture modifiée. Lors d'une modification, le numéro de facture RAMQ demeure le même, ce qui permet de constituer l'historique des modifications apportées à la facture.

Il n'est pas possible pour le médecin spécialiste ou son mandataire de modifier une facture qui a déjà fait l'objet d'une modification par la RAMQ, notamment à la suite d'une demande de révision. Dans ces situations, le message suivant est affiché : 1048 - La facture ne peut être annulée ni modifiée. Pour procéder à la modification d'une facture qui a déjà été modifiée par la RAMQ, le médecin spécialiste doit transmettre une demande de révision au moyen du formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549).

Si la demande de modification est recevable, le médecin spécialiste est informé que sa demande de modification est acceptée.

Si la demande de modification n'est pas recevable, un message explicatif spécifie alors la cause de la non-recevabilité.

Le médecin spécialiste qui a soumis une facture par le service en ligne FacturActe peut la modifier seulement par le même moyen, c'est-à-dire par le service en ligne FacturActe.

Toute agence de facturation peut modifier une facture même si elle n'a pas soumise la facture initiale ou la dernière modification de la facture. Par contre, au moment de l'envoi de la facture modifiée, cette agence doit être en relation d'affaires avec le médecin spécialiste pour le compte de facturation (compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif).

Important

Pour faciliter la conciliation et le suivi du paiement des lignes de facture et des codes de facturation, de même que pour assurer la traçabilité de chaque ligne de facture, il est important de ne pas changer leur nature.

Pour ce faire, il est essentiel que le médecin suive les instructions suivantes lors d'une modification de facture :

Ne jamais modifier un code de facturation sur une facture déjà transmise. Si le code de facturation doit être modifié il faut :

- Soit retirer la ligne de la facture existante qui contient le code de facturation à modifier et ajouter une nouvelle ligne avec le bon code de facturation;
- Soit annuler la facture existante et soumettre une nouvelle facture.

8 ANNULATION D'UNE FACTURE

Le médecin spécialiste ou son mandataire peut annuler une facture en respectant les conditions suivantes :

- La première transmission de la facture doit avoir été faite dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis;
- L'annulation peut être faite en tout temps, et ce, peu importe le statut de la facture. **Une facture annulée ne peut plus être modifiée. L'annulation est définitive.**

Annuler une facture a pour effet d'annuler, en une seule action, l'ensemble des lignes qui la composent. Pour annuler une ou plusieurs lignes à l'intérieur d'une même facture, il faut plutôt faire une modification telle que décrite à la section *Modification d'une facture* de ce guide.

Pour annuler une facture, le médecin spécialiste, ou son mandataire, doit obligatoirement utiliser le numéro de facture RAMQ transmis par la RAMQ lors de la création de sa facture. Le médecin doit d'abord annuler la facture existante et ensuite transmettre une nouvelle facture. Cela a pour effet d'annuler toutes les lignes d'une facture.

Si la demande d'annulation est recevable, le médecin spécialiste est informé que sa demande d'annulation est acceptée.

Si la demande d'annulation n'est pas recevable, un message explicatif spécifie alors la cause de la non-recevabilité.

Important

Le médecin spécialiste qui a soumis une facture par le service en ligne FacturActe peut l'annuler seulement par le même moyen, c'est-à-dire par le service en ligne.

L'annulation d'une facture peut être effectuée par une agence de facturation différente de celle qui a soumis la facture **seulement s'il n'y a plus de liens d'affaires** entre l'agence qui a soumis la facture initiale et le médecin spécialiste pour un compte de facturation (compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif).

Une agence ne peut annuler une facture transmise par le service en ligne FacturActe.

9 PAIEMENT

9.1 Modes et versement du paiement

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le médecin spécialiste doit soumettre ses factures de services médicaux dûment remplies dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis.

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par virement automatique (compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif) ou par chèque émis à l'ordre du médecin traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.

Le virement automatique s'exécute à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est émis pour un montant inférieur à 20 $. Le montant sera alors joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera le minimum requis.

9.1.1 Délai de paiement

Dans les 45 jours suivant la réception des factures recevables, la RAMQ procède au paiement.

Si une facture ne figure pas aux états de compte dans un délai de 45 jours, le médecin spécialiste de la santé doit joindre le Centre de relations avec les professionnels en ayant en main son numéro de facture RAMQ.

9.2 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ. Celui-ci doit être vérifié dès sa réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin spécialiste est soumis.

Le médecin spécialiste reçoit un état de compte présentant toutes les opérations effectuées avec le système de rémunération à l'acte (factures de services médicaux).

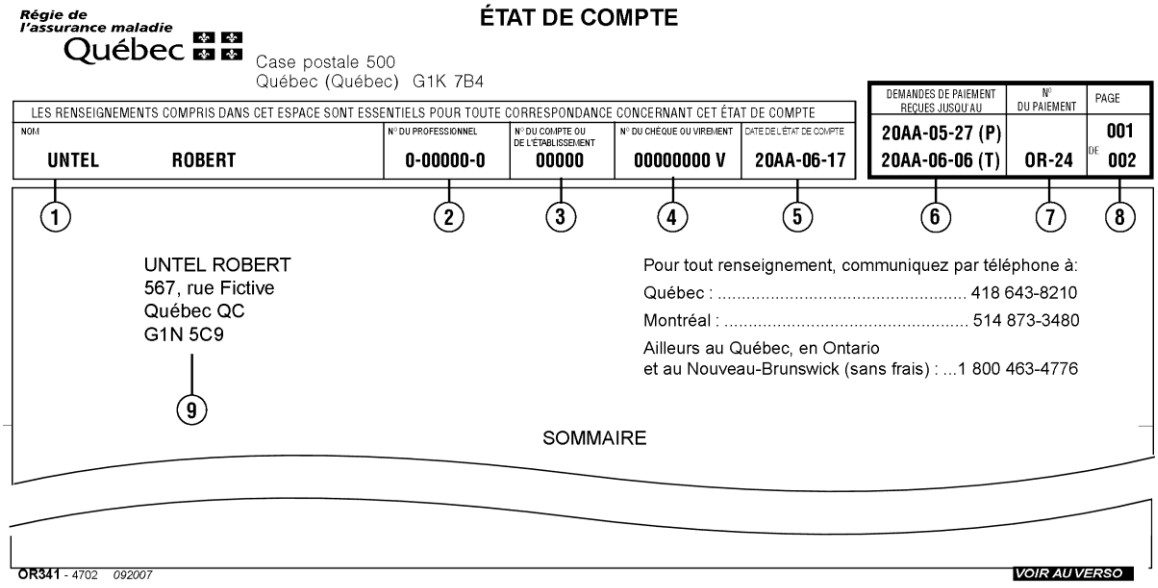
9.2.1 Description

L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de paiement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

9.2.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. **NOM** : Les nom et prénom du médecin.
2. **N^{O} DU PROFESSIONNEL :** Le numéro du médecin ainsi que son chiffre-preuve (sept chiffres).
3. **N^{O} DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT :** Le numéro de compte administratif. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **N^{O} DU CHÈQUE OU VIREMENT :** Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, **la lettre C** figure entre parenthèses et dans le second cas, **la lettre V**.
5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE :** Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU :** Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : **la lettre P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
7. **N^{O} DU PAIEMENT :** Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGE :** La pagination se réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. **NOM ET ADRESSE :** Le nom et l'adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.



Remarque : Cet exemple illustre l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

9.2.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions ainsi que le détail des cumuls des plafonnements. Il comporte les renseignements suivants :

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
   - total des montants payés par type de transaction;
   - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
   - montant net payé.
3. **Déductions cumulatives**
4. **Description des codes de transaction**
5. **Détails des cumuls des plafonnements :**
   - nom du plafonnement. La liste est disponible sur le site de la RAMQ;
   - cumul par période et par type de plafonnement (plafonnement de gains ou d'activités);
   - montant du plafonnement par période.

Notes :

- Cette information est disponible uniquement sur l'état de compte électronique déposé dans la messagerie sécurisée de la RAMQ;
- Cette section sera visible uniquement si des transactions liées à vos plafonnements ont eu lieu dans le cycle de paiement en cours de votre état de compte;
- Lorsque le médecin détient plusieurs comptes administratifs, la même information des détails des cumuls des plafonnements parait sur chacun des états de compte;
- Le message informatif suivant s'affiche lors de l'atteinte du plafonnement :

  Le plafonnement XX a été atteint le AAAA-MM-JJ pour la période du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ.

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX (1)

PAIEMENTS ET RETENUES (2)

PAIEMENTS

DP ou facture payée		00000,00	
Payée avec montant modifié	(tra.02)	000,00	
Révision, décision Régie	(tra.22)	00,00	
TOTAL DU PAIEMENT			00000,00

RETENUES

ANN19 REMUNE. DIFFER. AA-MM-JJ		0000,00-	
Cotisation synd. F.M.S.Q.		0000,00-	
TOTAL DES RETENUES			0000,00-

MONTANT NET 00000,00

DÉDUCTIONS CUMULATIVES (3)

Cotisation synd. F.M.S.Q.	0000,00

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) (4)

(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.

DÉTAILS DES CUMULS DES PLAFONNEMENTS (POUR LE CYCLE EN COURS) (5)

PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ

PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- ANN19 REMUNE. DIFFER.	000 000,00$	000 000,00$

PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ

PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PG2 AUTRES SPEC.	00 000,00$	000 000,00$

PLAFONDS D'ACTIVITÉS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PA17 OPHTALMOLO ART.2	0	0
- PA17 OPHT. CAPSULO.	0	0
- PA17 OPHT. RETINOG.	0	0

MESSAGES

- LE PLAFONNEMENT ANN19 REMUNE. DIFFER. A ÉTÉ ATTEINT LE 20AA-MM-JJ POUR LA PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ.

REMARQUE:

RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE. EN CAS DE DÉSACCORD, VOIR L'ONGLET FACTURATION DE LA SECTION PROFESSIONNELS DU SITE DE LA RAMQ.

FIN DU RELEVÉ

OR341 - 4702 101620

9.3 Affichage des factures à l'état de compte

9.3.1 Affichage des factures

L'affichage des factures à l'état de compte dépend de la date à laquelle elles sont transmises, modifiées ou annulées. Le calendrier de paiement détaille les dates limites de réception en lien avec les états de compte. Afin de voir les factures sur un état de compte précis, le médecin spécialiste doit tenir compte de la date limite de réception prévue à ce calendrier. Une facture reçue **avant la date** limite de réception des factures sera affichée sur l'état de compte. Si la facture est reçue après la date limite, elle sera affichée sur le prochain état de compte.

9.3.2 Affichage lors d'une modification de facture

Une modification de facture reçue **avant la date** de limite de réception des factures sera affichée sur l'état de compte. Si la modification est effectuée après la date limite, elle sera affichée sur l'état de compte suivant.

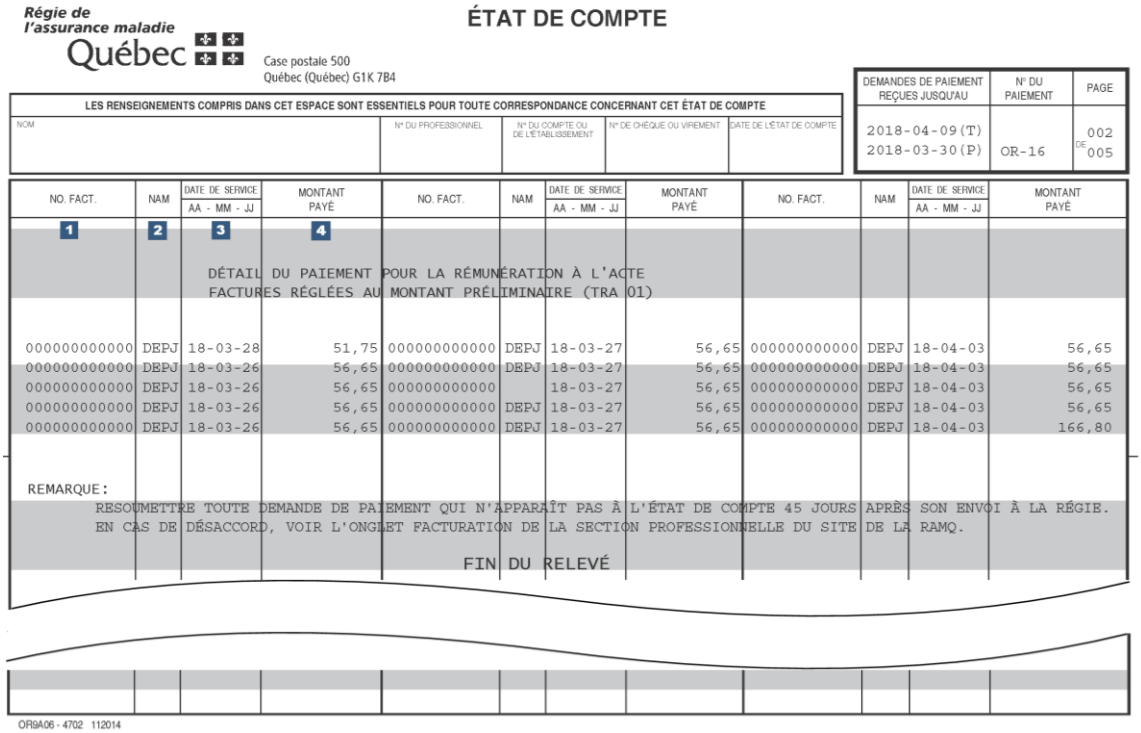
9.3.3 Affichage lors d'une annulation de facture

Une facture transmise et annulée **avant la date** limite de réception des factures **ne sera pas affichée** sur l'état de compte (aucune inscription). L'annulation sera affichée si elle concerne une facture déjà transmise à la RAMQ dans une période antérieure à la période d'annulation.

9.4 Description des sections de l'état de compte

9.4.1 Factures réglées au montant préliminaire calculé

La section suivante présente les factures transmises par le médecin et pour lesquelles toutes les lignes de facture ont été acceptées et payées au montant préliminaire calculé.



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

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09(T) 2018-03-30(P)	OR-16	002 DE 005

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
FACTURES RÉGLÉES AU MONTANT PRÉLIMINAIRE (TRA 01)

NO. FACT. 1	NAM 2	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ 3	MONTANT PAYÉ 4	NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ	NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ
000000000000	DEPJ	18-03-28	51,75	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000		18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	56,65
000000000000	DEPJ	18-03-26	56,65	000000000000	DEPJ	18-03-27	56,65	000000000000	DEPJ	18-04-03	166,80

REMARQUE :
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.
EN CAS DE DÉSACCORD, VOIR L'ONGLET FACTURATION DE LA SECTION PROFESSIONNELLE DU SITE DE LA RAMQ.

FIN DU RELEVÉ

OR9A06 - 4702 112014

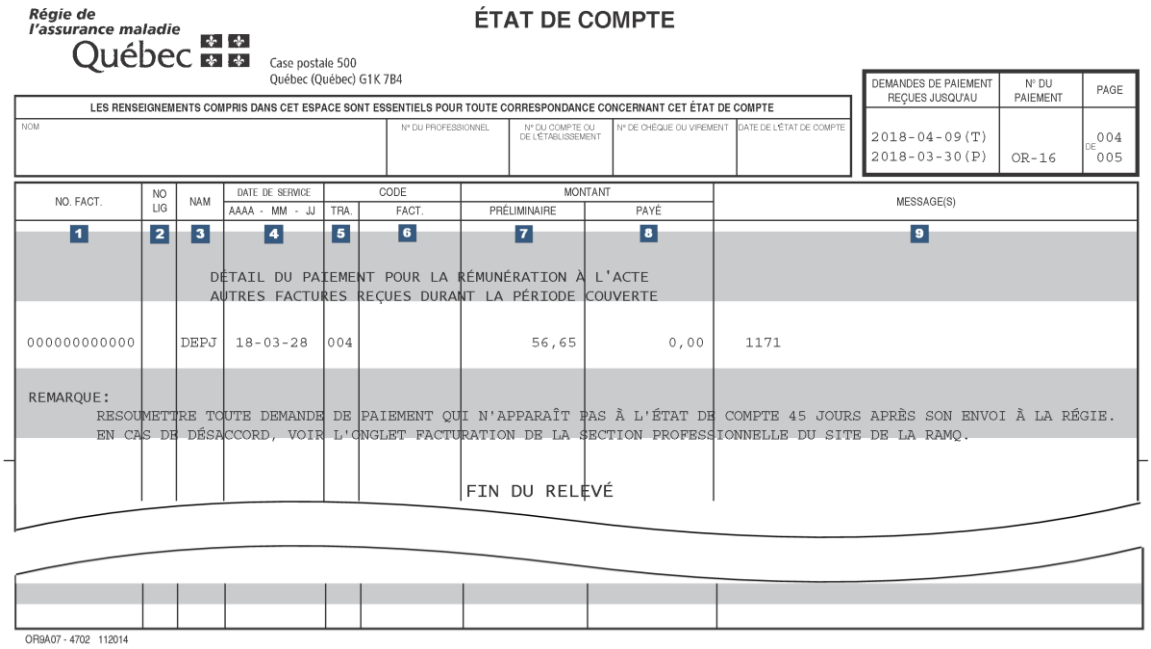
Les renseignements suivants figurent à la section *Factures réglées au montant préliminaire* :

1. **NO. FACT**. : numéro de facture RAMQ.
2. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
3. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
4. **MONTANT PAYÉ** : montant accordé pour le service rendu.

9.4.2 Autres factures reçues pendant la période couverte

La section suivante présente les factures dont toutes les lignes de facture ou certaines affichent un montant différent du montant préliminaire. On y trouve aussi les factures dont certaines lignes sont en cours d'évaluation au moment de la production de l'état de compte.

Sont également présentées les factures pour lesquelles le paiement de toutes les lignes ou de certaines lignes a été refusé. Les factures annulées ou modifiées après la date limite de réception des factures apparaîtront sur le prochain état de compte.



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

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09(T) 2018-03-30(P)	OR-16	004 DE 005

NO. FACT.	NO LIG.	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA.	CODE FACT.	MONTANT PRÉLIMINAIRE	MONTANT PAYÉ	MESSAGE(S)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
AUTRES FACTURES REÇUES DURANT LA PÉRIODE COUVERTE

000000000000		DEPJ	18-03-28	004		56,65	0,00	1171

REMARQUE:
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.
EN CAS DE DÉSACCORD, VOIR L'ONGLET FACTURATION DE LA SECTION PROFESSIONNELLE DU SITE DE LA RAMQ.

FIN DU RELEVÉ

OR9A07 - 4702 112014

Les renseignements suivants figurent à la section *Autres factures reçues pendant la période couverte* :

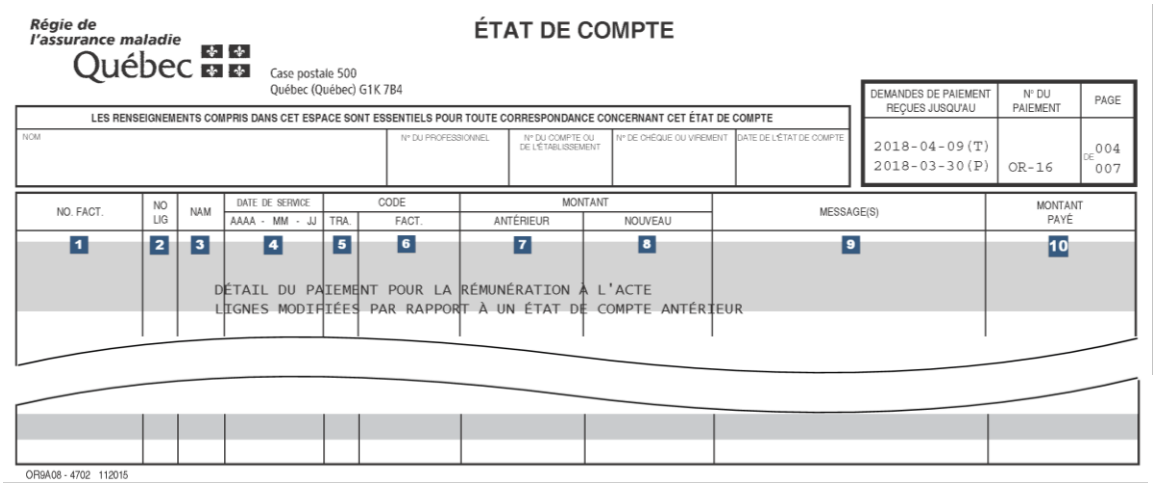
1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.
7. **MONTANT PRÉLIMINAIRE** : montant préliminaire calculé.
8. **MONTANT PAYÉ** : montant accordé pour le service rendu.
9. **MESSAGE (S)** : message explicatif.

9.4.3 Factures modifiées par rapport à un état de compte antérieur

Cette section présente les factures dont toutes les lignes ou certaines lignes de factures ont été :

- annulées par le médecin à une période différente de celle où la facture avait été créée;
- modifiées par le médecin à une période différente de celle où la facture avait été créée;
- réévaluées ou rectifiées par la RAMQ;
- révisées à la demande du médecin;
- créées sur une facture ayant déjà fait l'objet d'un paiement.

On y trouve la facture contenant une ou des lignes modifiées. Celles-ci sont indiquées afin de faciliter le repérage.


Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09(T) 2018-03-30(P)	OR-16	004 DE 007

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

NO. FACT.	NO LIG	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA.	CODE FACT.	MONTANT ANTÉRIEUR	MONTANT NOUVEAU	MESSAGE(S)	MONTANT PAYÉ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
LIGNES MODIFIÉES PAR RAPPORT À UN ÉTAT DE COMPTE ANTÉRIEUR

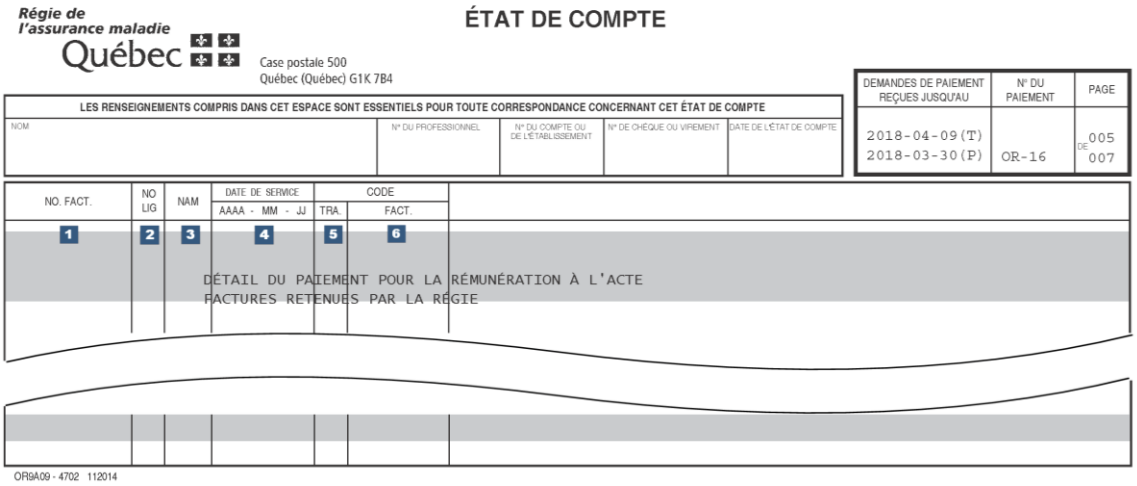
OR9A08 - 4702 112015

Les renseignements suivants figurent à la section *Lignes modifiées par rapport à un état de compte antérieur* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.
7. **MONTANT ANTÉRIEUR**
8. **MONTANT NOUVEAU**
9. **MESSAGE (S)** : message explicatif.
10. **MONTANT PAYÉ** : différence entre le montant antérieur et le nouveau montant.

9.4.4 Factures retenues par la RAMQ

Cette section présente les factures du médecin qui n'ont pas été payées par la RAMQ pour des raisons administratives.


Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
2018-04-09(T) 2018-03-30(P)	OR-16	005 DE 007

NO. FACT.	NO LIG	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA.	CODE FACT.
1	2	3	4	5	6

DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE
FACTURES RETENUES PAR LA RÉGIE

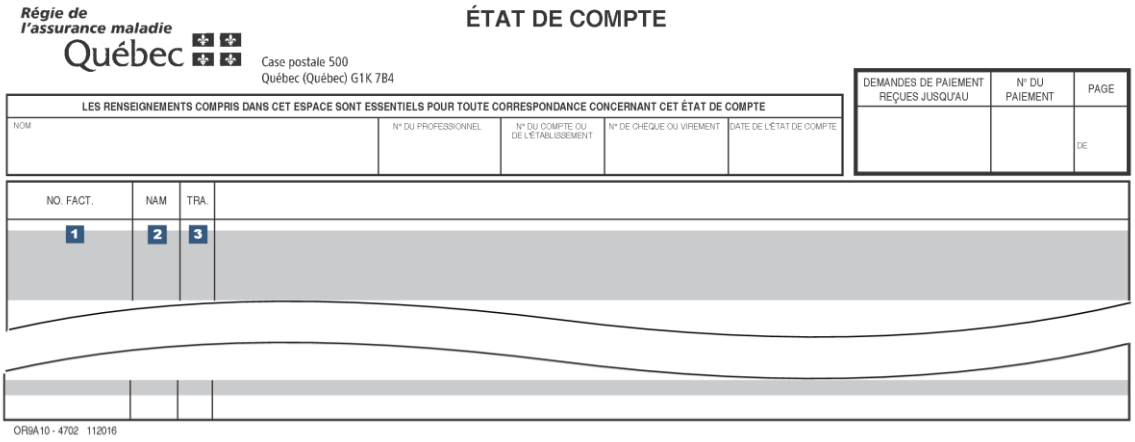
OR9A09 - 4702 112014

Les renseignements suivants figurent à la section *Factures retenues par la RAMQ* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, et que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA.** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.

9.4.5 Demandes de révision reçues et en cours de traitement

Cette section sert d'accusé de réception pour les demandes de révision transmises par le médecin qui sont en cours d'évaluation au moment de la production de l'état de compte.



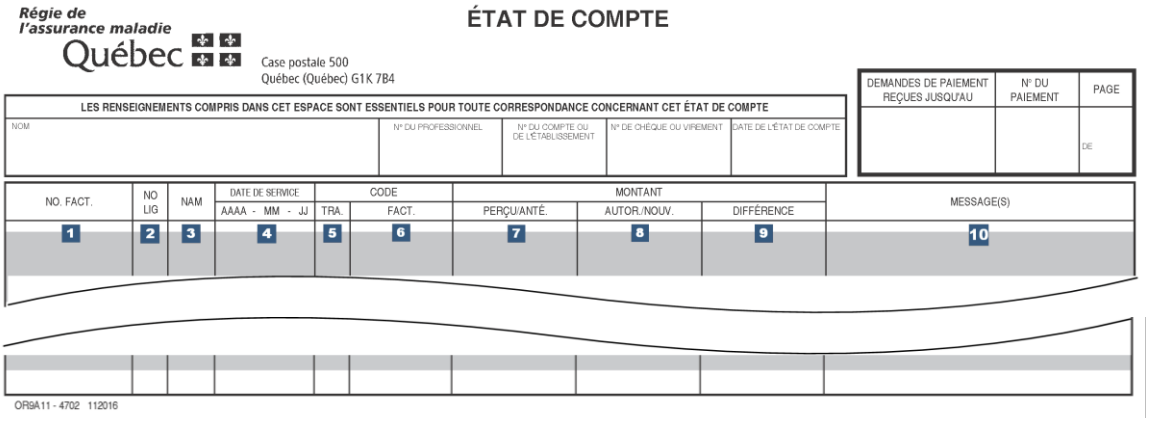
Les renseignements suivants figurent à la section *Demandes de révision reçues et en cours de traitement* :

1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
3. **CODE TRA.** : code de transaction.

9.4.6 Demandes de remboursement (DR) des personnes assurées

Cette section présente les remboursements à la personne assurée effectués par la RAMQ pour les factures dont le médecin a perçu un montant auprès de ces personnes. Cette situation peut se produire pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- La personne assurée n'avait pas pu fournir, lors du service, la preuve de son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec (carte d'assurance maladie ou document d'admissibilité temporaire la remplaçant non présenté, ou carte expirée);
- Le médecin a exigé le paiement d'une personne assurée à l'encontre de la loi.



1. **NO. FACT.** : numéro de facture RAMQ.
2. **NO LIG** : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
3. **NAM** : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
4. **DATE DE SERVICE** : date à laquelle le service a été rendu.
5. **CODE TRA** : code de transaction.
6. **CODE FACT.** : code de facturation.

Si le code de transaction (TRA) est lié à un remboursement d'une personne assurée (TRA 001, 002 ou 004) :

7. **MONTANT PERÇU/ANTÉ.** : montant perçu par le professionnel.
8. **MONTANT AUTOR./NOUV** : montant autorisé défini par la RAMQ.
9. **DIFFÉRENCE** : différence entre le montant perçu et montant autorisé.

Si le code de transaction est lié à une révision demandée par le professionnel ou révisée par la RAMQ (TRA 021, 022 ou 023) :

7. **MONTANT PERÇU/ANTÉ.** : montant antérieur payé au professionnel.
8. **MONTANT AUTOR./NOUV** : nouveau montant à payer au professionnel.
9. **DIFFÉRENCE** : différence entre le montant antérieur et le nouveau montant.

Lorsque la RAMQ est en attente de la demande de remboursement de la personne assurée mais que le professionnel a transmis sa facture liée à la demande de remboursement, c'est le TRA 005 qui confirme la réception de celle-ci.

10. MESSAGE (S) : message explicatif

9.4.7 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements suivants figurent à la section *Détail du remboursement en assurance responsabilité* :

1a. **N^{O} DE LA DEMANDE** : numéro de contrôle externe de la *Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité* (2904). S'il s'agit d'un remboursement à la suite de la réception du fichier de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), ce numéro correspond à la date d'envoi du fichier (année et mois). Exemple : pour janvier 2018, le numéro est 1801.

2a. **DATE DE RÉCEPTION** : date à laquelle la demande de remboursement ou le fichier de l'ACPM a été reçu à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour, ex. : AA-03-20.

3a. **CODE TRA** : code de transaction décrivant l'état du règlement de votre demande de remboursement.

4a. **NATURE DU MONTANT** : année pour laquelle la RAMQ a évalué le remboursement en assurance responsabilité ainsi que la nature du remboursement :

- quote-part
- montant forfaitaire (s'il y a lieu)

5a. **TEMPS/KILOM. :** ne s'applique pas.

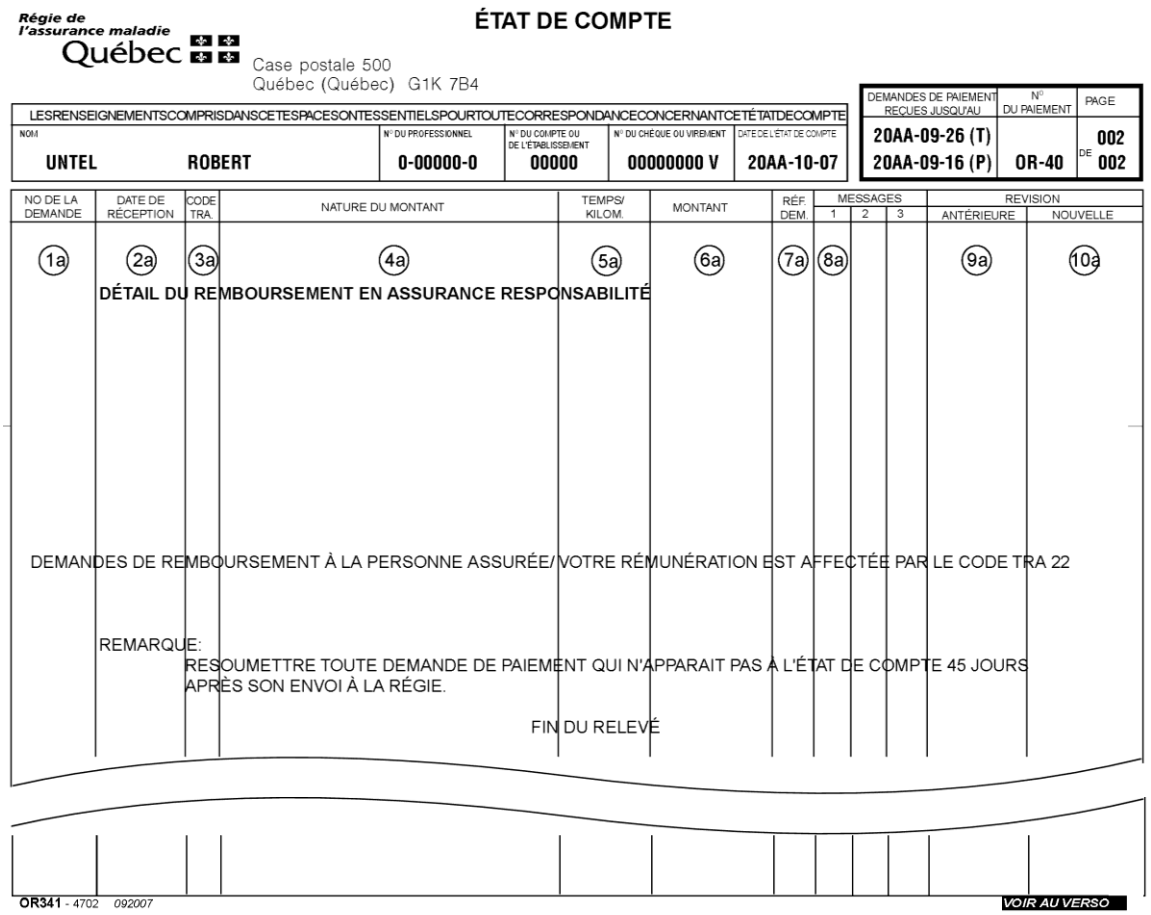
6a. **MONTANT** : montant du remboursement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique *Paiement* du sommaire de votre état de compte.

7a. **RÉF. DEM :** ne s'applique pas.

8a. **MESSAGES** : numéros de messages explicatifs. Voir la section *Listes des messages explicatifs*.

9a. **RÉVISION ANTÉRIEURE** : montant de l'assurance responsabilité remboursé lors de paiements antérieurs pour l'année mentionnée.

10a. **RÉVISION NOUVELLE** : montant total d'assurance responsabilité remboursé à ce jour pour l'année mentionnée, y compris le présent paiement (somme du montant payé (6a) et du montant remboursé lors de paiements antérieurs (9a)).



Régie de l'assurance maladie Québec

ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-09-26 (T) 20AA-09-16 (P)	OR-40	002 DE 002

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CE TES PACES ONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CE TÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS/ KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES 1	2	3	REVISION ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a

DÉTAIL DU REMBOURSEMENT EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ

DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22

REMARQUE:
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAIT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.

FIN DU RELEVÉ

OR341 - 4702 092007

VOIR AU VERSO

9.4.8 Liste des codes de transaction (TRA)

La liste des codes de transaction (TRA) est accessible sur le site de la RAMQ.

9.4.9 Listes des messages explicatifs

La liste des messages explicatifs – Rémunération à l'acte est accessible sur le site de la RAMQ.

La liste des messages explicatifs – Assurance responsabilité est accessible sur le site de la RAMQ.

9.4.10 Calendriers de paiement

Voir les Calendriers de paiement à la rubrique *Calendriers*, sous l'onglet *Facturation*.

10 DEMANDE D'AUTORISATION

10.1 Instructions pour effectuer une demande d'autorisation

Certains services médicaux rendus au Québec nécessitent au préalable une demande d'autorisation auprès de la RAMQ.

Le médecin spécialiste qui veut adresser une demande à la RAMQ pour les interventions qui, selon l'Entente, requièrent une autorisation préalable, peut remplir le formulaire dynamique *Demande d'autorisation en plastie* (4248).

Pour aider le médecin à le remplir, un guide est disponible en appuyant sur le bouton « Guide » dans le coin supérieur droit du formulaire.

Le formulaire 4248 permet d'adresser trois types de demandes d'autorisation à la RAMQ, soit une demande d'autorisation initiale, une demande de prolongation ou une demande de modification. Il permet également de transmettre des renseignements supplémentaires pour compléter une demande déjà transmise à la RAMQ.

Une demande d'autorisation initiale complète contient :

- le formulaire *Demande d'autorisation en plastie* (4248) rempli et signé;
- les photos couleur qui illustrent adéquatement le problème à traiter. Les photos sont toujours requises, sauf lors d'une demande d'autorisation pour excision de paquets variqueux aux membres inférieurs;
- les pièces justificatives utiles pour le traitement de la demande (ex. : rapports de mammographie ou d'échographie, champs visuels périphériques interprétés, rapports de consultation, etc.), s'il y a lieu.

Pour les demandes autres que celles en plastie, le même formulaire peut être utilisé, en y joignant les pièces demandées, le cas échéant.

Le médecin spécialiste qui désire formuler une demande écrite peut le faire en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention.

Il doit identifier la personne assurée par son nom, son NAM et son adresse pour que la RAMQ puisse communiquer avec cette personne.

10.1.1 Envoi des demandes d'autorisation

Les demandes doivent être transmises par la poste à l'adresse suivante :

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Seules les demandes URGENTES pour lesquelles les photos ne sont pas requises ou ont déjà été transmises à la RAMQ, peuvent être acheminées par télécopieur au numéro suivant :

418 643-3858.

10.1.2 Traitement des demandes d'autorisation

Lors de la réception de la demande, la RAMQ procède à l'analyse de la demande et détermine si le service est autorisé ou non.

Si la demande est acceptée, un numéro d'autorisation est transmis au médecin spécialiste. Ce dernier devra l'inscrire à l'endroit prévu sur la facture. La personne assurée reçoit une correspondance écrite de la RAMQ lui indiquant que la demande d'autorisation rédigée par le médecin spécialiste a été acceptée.

Si la demande d'autorisation est refusée, la personne assurée en est également informée.

11 DEMANDE DE REVISION

11.1 Instructions pour effectuer une demande de révision

Le médecin spécialiste souhaitant que la RAMQ révise une facture refusée en tout ou en partie pour des frais médicaux ou des frais de déplacement peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de 90 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la facture.

Avant de soumettre une demande de révision, le médecin spécialiste doit toujours attendre le traitement final de ses factures. Les demandes en cours de traitement ainsi que les factures non recevables ne peuvent faire l'objet d'une révision.

Pour toute demande de révision, le médecin spécialiste doit remplir le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée dans les instructions de remplissage.

11.1.1 Documents explicatifs à joindre à la demande de révision

Les documents explicatifs pouvant être exigés doivent être joints à la demande de révision (protocole, note clinique, attestation, dossier dentaire, autorisation de ministères, carnet de réclamation, radiographie, liste de garde, rapport de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST] ou autres). Ces documents doivent être lisibles, et le numéro ou le nom des professionnels concernés doit être inscrit en lettres majuscules sous les signatures.

Attestation et liste de garde (Annexe 25)

Lorsque le médecin effectue une demande de révision pour une garde de l'Annexe 25, il doit obligatoirement transmettre à la RAMQ une attestation de garde signée par le chef de département, le chef de service ou le directeur des services professionnels (DSP) et, si possible, la liste de garde.

Pour que la RAMQ puisse traiter adéquatement la demande de révision, l'attestation de garde doit comporter certains éléments essentiels, soit :

- la date de la garde;
- le type de garde, en support, locale ou multi-établissements;
- la discipline et le secteur d'activité tels qu'ils sont indiqués dans les listes disponibles à la rubrique *Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord)*;
- le ou les établissements pour lesquels la garde a été effectuée;
- le nom du ou des médecins à qui la garde doit être payée. Si l'Annexe 25 prévoit une seule garde dans une discipline et un secteur d'activité, un seul médecin peut être payé;
- la signature du chef de département, du chef de service ou du directeur des services professionnels.

Si plus d'une garde est autorisée, l'attestation devra préciser la liste de tous les médecins de garde pour la journée.

La RAMQ suggère de fournir la liste de garde afin de déceler les erreurs de facturation de la part des différents professionnels. Dans cette situation, elle pourrait permettre de corriger leur facturation au lieu de refuser leur paiement.

De plus, dans le cas où plusieurs gardes sont permises dans la même discipline et secteur d'activité, la liste de garde permet d'identifier la liste de tous les médecins de garde si le DSP n'en fait pas mention dans l'attestation. Ceci pour éviter des demandes de renseignements aux DSP.

La liste de garde fournie doit :

- avoir été vérifiée et signée par le chef de département, le chef de service ou le DSP;
- être accompagnée de l'attestation de garde signée par le chef de département, le chef de service ou le DSP.

S'il y a lieu, le mode de fonctionnement de la liste de garde doit être indiqué afin que la RAMQ puisse l'interpréter adéquatement considérant que les listes de garde peuvent différer d'un établissement à l'autre.

11.2 Mode de transmission des correspondances de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsqu'il est nécessaire pour la RAMQ de transmettre au médecin spécialiste une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec une demande de révision, ces correspondances sont transmises dans sa messagerie sécurisée, si celle-ci est active. Il est donc important de la consulter régulièrement.

Il est possible d'indiquer une adresse courriel (personnelle ou professionnelle) pour recevoir une notification de la réception d'une correspondance dans sa messagerie sécurisée.

12 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

Exceptionnellement, le médecin spécialiste peut demander à la RAMQ de lui soumettre une facture après le délai de 90 jours de la date où le service a été rendu. Il doit alors lui démontrer qu'il était dans l'impossibilité d'agir plus tôt. Pour faire cette demande, voir la page *Facturation hors délai* du site Web de la RAMQ.

13 LEXIQUE

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	**Définition**
Acte non tarifé	Acte médical non inscrit dans les manuels d'ententes, qui n'a pas été codifié, qui n'a pas de libellé reconnu et qui n'a pas de tarification. Pour signifier cette situation à la Régie de l'assurance maladie le professionnel de la santé doit utiliser le code de facturation **09990**.
Agence de facturation privée	Professionnel ou groupe de professionnels qui effectue sa propre facturation informatisée ou qui la confie à une ou à des personnes accomplissant ce travail exclusivement pour lui (ex. : clinique médicale).
Agence de facturation commerciale	Personne ou entreprise qui offre des services de facturation informatisée et qui les commercialise sur une base active et régulière auprès d'une ou de plusieurs catégories de professionnels.
Assurance responsabilité professionnelle (ARP)	Tout professionnel de la santé doit souscrire à une assurance responsabilité professionnelle dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. La RAMQ rembourse au médecin spécialiste ou au médecin omnipraticien une quote-part de la prime d'assurance responsabilité assumée par le médecin. La quote-part est prévue à l'*Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle* (médecins spécialistes) ou à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle* (médecins omnipraticiens).
Carte d'assurance maladie (CAM)	Carte avec un numéro unique délivrée à une personne assurée. Cette carte donne accès aux services de santé couverts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec. L'*Attestation d'inscription* et la *Confirmation d'inscription* sont deux documents d'admissibilité temporaires qui donnent accès aux mêmes privilèges que la carte d'assurance maladie.
Code de facturation	Expression désignant un acte médical, un service, des frais ou un produit codifié aux fins de facturation. Remplace le terme *code d'acte*.
Compte administratif	Compte attribué par la RAMQ pouvant être de deux types : Le compte administratif individuel qu'un professionnel peut ouvrir, par exemple pour répartir sa rémunération par lieu de pratique; Le compte administratif collectif qui renvoie à un regroupement ou à une société dont fait partie le professionnel concerné.
Compte de finances personnelles	Compte de finances personnelles attribué par la RAMQ à tous les professionnels de la santé et dans lequel sont versés les honoraires d'un professionnel de la santé.

Contrôle	Opération qui permet de déterminer la conformité d'un élément facturé par rapport aux ententes et leurs composantes conclues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les fédérations médicales et les associations professionnelles. Un contrôle comporte une décision sur la conformité. En général, les contrôles correspondent aux règles d'affaires qui ont pour but de valider la conformité aux ententes. La responsabilité de la RAMQ par rapport aux contrôles de conformité est énoncée à l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie. Exemple de contrôle : le service rendu est payable seulement si la personne qui a reçu le service est admissible à la date du service.
Correspondance	Lettre écrite par la RAMQ et expédiée au professionnel de la santé pour lui communiquer de l'information ou pour lui demander une ou des pièces justificatives.
Date de réception	Date à laquelle une facture est reçue à la RAMQ par le mécanisme de transmission en direct ou en différé.
Date du service	Date à laquelle un service couvert a été rendu par un professionnel de la santé, ou date de son déplacement en lien avec ses frais de transport. Pour faciliter l'affichage des informations, la notion de « service » englobe aussi les forfaits, les suppléments et tout autre élément qui sont associés à un code de facturation traité pour la rémunération à l'acte. La date du service se trouve au niveau de la ligne de facture de la demande de paiement.
Délai de facturation	Délai légal dont dispose le professionnel de la santé, à compter de la date du service rendu, pour facturer à la RAMQ.
Demande d'autorisation	Demande d'un professionnel de la santé pour facturer à la RAMQ certains services médicaux rendus au Québec qui requièrent au préalable une demande d'autorisation de la part de la RAMQ.
Demande de facturation hors délai	Demande adressée à la RAMQ par un professionnel de la santé pour obtenir l'autorisation de dépasser le délai de facturation prescrit pour soumettre sa facturation. Remplace le terme *dérogation*.
Demande de paiement	Requête adressée à la RAMQ par le professionnel de la santé afin d'obtenir le paiement des services couverts qu'il a rendus à une personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec. La demande de paiement sert également à obtenir le remboursement de frais pour les déplacements qu'un professionnel de la santé a effectués pour rendre des services couverts. Une demande de paiement peut être produite en utilisant une facture de services médicaux ou une facture de frais de déplacement.
Demande de remboursement	Demande effectuée par une personne assurée qui souhaite être remboursée pour le montant qu'elle a préalablement payé à un professionnel de la santé pour un service couvert dans le cadre de la rémunération à l'acte. La demande de remboursement est effectuée parce que la personne assurée était dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie ou un document d'admissibilité temporaire la remplaçant, ou parce que sa carte d'assurance maladie n'était plus valide.

Demande de révision	Demande adressée à la RAMQ par un professionnel de la santé souhaitant qu'elle révise une facture refusée en tout ou en partie pour des frais médicaux ou des frais de déplacement. Une demande de révision peut s'effectuer dans un délai légal de 90 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la facture. Diffère de *demande de modification* et *demande d'annulation*.
Développeur de logiciels	Personne ou entreprise qui développe et entretient un logiciel de facturation informatisée.
Élément de contexte	Informations précisant le contexte dans lequel le service facturé a été rendu. Elles peuvent influencer l'évaluation de la facture et le calcul des honoraires. Plusieurs éléments de contexte remplacent des modificateurs utilisés auparavant. Il y a deux types d'éléments de contexte : Éléments de contexte généraux qui décrivent diverses caractéristiques qui s'appliquent à l'ensemble des services médicaux qui sont regroupés dans une facture; par exemple, *Remplaçant au cours d'une anesthésie* ou *Déplacement pour prélèvement d'organes*. Éléments de contexte du service qui sont en lien avec le service rendu; par exemple : *Fracture ouverte*, ou encore diverses caractéristiques en lien avec un procédé utilisé; par exemple : *Fait au laser*.
Élément mesurable	Particularité associée aux codes de facturation à unités et à paliers qui nécessitent une précision de mesure afin d'établir le tarif approprié. Les précisions de mesure sont soit en nombre (nombre de polypes), soit en durée (durée d'une intervention), soit en mesure (longueur d'une plaie ouverte).
État de compte	Document qui fait état des factures envoyées par le professionnel de la santé ainsi que des paiements effectués par la RAMQ. Il permet au professionnel de faire une conciliation entre ce qu'il a transmis à la RAMQ et ce qui lui a été payé pour la période de paie visée. Dans le nouvel état de compte, les factures sont regroupées selon diverses rubriques et sont présentées en ordre croissant de numéro de facture à l'intérieur d'une sous-rubrique. Le numéro de facture RAMQ sert de référence pour repérer les informations sur l'état de compte.
Facture	Ensemble de renseignements fournis par le professionnel de la santé, à partir de la demande de paiement, afin de facturer des honoraires pour des services couverts prévus à son entente ou pour facturer des frais de déplacement pour rendre des services (frais de transport, frais de temps de déplacement, frais de stationnement).
Facture de services médicaux	Facturation par un médecin des honoraires pour des services couverts prévus à son entente.
Facture de frais de déplacement	Facturation par un médecin de frais liés aux déplacements qu'il a effectués pour rendre ses services (frais de transport, frais de temps de déplacement, frais de stationnement).
Forfait	Paiement qui couvre un ensemble de services médicaux rendus ou un supplément payable pour une période donnée.

Frais de déplacement	Frais facturés par un professionnel de la santé pour les déplacements qu'il a effectués afin de rendre ses services selon les conditions de son entente (frais de transport, frais de temps de transport, frais de stationnement).
Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)	Entité fonctionnelle dont la vocation prioritaire est la formation des résidents en médecine familiale dans un contexte de soins de première ligne. Elle contribue aussi à la formation d'étudiants et d'étudiantes prégradués et postgradués de médecine et d'autres disciplines. Le GMF-U offre à une clientèle définie et variée des soins et des services de médecine familiale, et favorise le développement de la recherche en médecine familiale.
Groupe de médecine familiale (GMF)	Regroupement de médecins de famille qui adhèrent au programme du ministre de la Santé et des Services sociaux. En vertu d'une offre de services convenue avec un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), selon le cas, un GMF dispense des services de médecine familiale auprès d'une clientèle ambulatoire de tout âge, comprenant principalement l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé, aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à la condition de santé des personnes, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ces services sont assurés par le médecin de famille avec la collaboration d'une infirmière ainsi que celle des autres membres du personnel du GMF, dans le contexte d'un cabinet médical, d'un CLSC, d'un GMF-Uou, exceptionnellement, d'une clinique externe de médecine familiale d'un CHSGS. Les modalités de rémunération des médecins exerçant en GMF ont été déterminées par l'*Entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF)*.
Honoraires additionnels	Acte facturé avec des honoraires majorés lorsque les circonstances cliniques sont exceptionnelles et lorsqu'une prestation de soins devient d'une complexité inhabituelle.
Lieu de dispensation physique	Lieu physique où sont rendus les services médicaux et sociosanitaires au Québec. En établissement, le lieu de dispensation physique est habituellement la propriété d'organismes dispensateurs de services, communément appelés *corporations*.
	Dans le cadre de la rémunération à l'acte, le lieu de dispensation physique équivaut notamment aux installations des établissements, des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des cliniques privées.
Lieu de dispensation géographique	Lieu géographique correspondant à un code de localité ou à un code postal, que ce soit le domicile de la personne assurée, le cabinet du professionnel, un local ou autre.
Ligne de facture	Regroupement d'informations de facturation qui décrit le service rendu afin que la RAMQ puisse évaluer le montant à payer. En plus de fournir le code de facturation, la ligne de facture contient des renseignements tels que la date, le rôle et divers éléments qui permettent de décrire le contexte dans lequel le service a été rendu. Remplace le terme *ligne de service*.

Majoration	Augmentation appliquée au tarif de base d'un code de facturation payé au professionnel de la santé selon les termes de son entente.
Message explicatif	Court texte expliquant une situation, une décision, un statut ou une anomalie.
	Le message explicatif est envoyé automatiquement au demandeur lors de la transmission de sa demande de paiement en direct ou en différé. Il paraît aussi à l'état de compte pour informer des motifs de la décision ou pour expliquer l'erreur d'une demande non recevable.
Montant perçu	Somme payée par un patient pour un service couvert qui lui a été rendu même s'il n'avait pas présenté sa carte d'assurance maladie ni un document d'admissibilité temporaire la remplaçant, ou si sa carte est expirée.
Montant préliminaire	Montant déterminé par la RAMQ pour chaque ligne de facture.
	Ce montant est dit *préliminaire*, puisque les contrôles prévus pour l'évaluation de la facture dans son contexte et selon les ententes n'ont pas tous été effectués. Il est donc possible que le montant autorisé soit différent du montant préliminaire retourné au professionnel. Des messages explicatifs figurent à l'état de compte pour expliquer les écarts.
Numéro d'assurance maladie (NAM)	Numéro unique attribué à chaque personne assurée, inscrit sur sa carte d'assurance maladie du Québec, lui permettant d'avoir accès aux services de santé couverts dans le cadre du régime d'assurance maladie (RAM).
Numéro de facture externe	Numéro correspondant au numéro unique généré par le logiciel de facturation pour une facture donnée. Habituellement séquentiel, il établit le lien entre le numéro de facture RAMQ et le numéro attribué à la facture par le système local (du médecin ou de l'agence de facturation).
Numéro de facture RAMQ	Numéro d'identification unique attribué par la RAMQ à une facture valide et recevable. Ce numéro sert de référence aux traitements du système et aux états de compte. Aucun nouveau numéro n'est attribué à une facture modifiée. Remplace le NCE (numéro de contrôle externe) et le NCI (numéro de contrôle interne).
Paiement	Montant versé au professionnel pour des factures de services médicaux et de frais de déplacement. Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par chèque ou par virement automatique.
Personne assurée	Personne qui réside ou séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
Pièce justificative	Document complémentaire demandé au professionnel de la santé par la RAMQ au moyen de messages (appelés aussi *correspondances*), pour évaluer correctement une facture.

Recevabilité	Première étape de validation de la demande de paiement. Une demande doit être jugée recevable afin d'enregistrer les informations dans le système, d'attribuer un numéro de facture RAMQ et de permettre le calcul d'un montant préliminaire. Que la demande, la facture ou la ligne de facture soient recevables ou non, l'état de recevabilité est communiqué au professionnel de la santé par le même moyen dont il s'est servi pour transmettre sa demande de paiement ou de modification originale. La recevabilité repose sur la validité des éléments suivants : • Champs obligatoires; • Information dans les registres.
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Organisme du Gouvernement du Québec qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux. La RAMQ administre le régime d'assurance maladie (RAM), le régime public d'assurance médicaments (RPAM) ainsi que près d'une quarantaine d'autres programmes qui lui sont confiés par le gouvernement.
Règlement	Action de régler une demande de paiement, c'est-à-dire de prendre une décision sur cette demande et d'établir le montant autorisé au paiement.
Rémunération à l'acte	Mode de rémunération consistant au paiement d'un montant fixe prédéterminé pour chacun des actes posés par le professionnel de la santé ou le dispensateur de services.
Révision	Processus d'affaires qui consiste à examiner de nouveau, à la demande du professionnel de la santé, une décision sur une ou des lignes de facture en conformité avec les documents officiels. Remplace le terme *révision externe*.
Rôle	Indicateur numérique, conçu pour la facturation des actes, qui représente la fonction ou l'activité assumée par le professionnel de la santé lors de la dispensation des services médicaux.
	Le rôle se trouve au niveau de la ligne de facture de la demande de paiement.
Secteur d'activité	Unité de soins d'un établissement de santé public (ex. : clinique externe) ou de certains cabinets privés.
Service en ligne (SEL)	Service en ligne FacturActe de la RAMQ permettant au professionnel de la santé de soumettre ses factures de services médicaux et de frais de déplacement.
Tarif de base	Montant d'un acte médical apparaissant dans les grilles tarifaires des manuels de facturation actuels des professionnels de la santé.
TIP-I	« Bus de messagerie » permettant de transmettre des informations de paiement par Internet. Un bus de messagerie est un portail intersystèmes qui permet le transfert automatisé des factures.

Transmission de l'information en direct	Transmission d'une seule demande de paiement par le service en ligne FacturActe de la RAMQ ou un logiciel de facturation. Le montant préliminaire, le numéro unique, l'explication sur le calcul ou les messages explicatifs en cas de non-recevabilité sont retournés en temps réel.
Transmission de l'information en différé	Transmission de plusieurs demandes de paiement accumulées par un logiciel de facturation prévu à cette fin. Le montant préliminaire, le numéro unique, l'explication sur le calcul ou les messages explicatifs en cas de non-recevabilité sont retournés avant 8 h le lendemain si la transmission a été effectuée avant 22 h la veille par le logiciel TIP-I. Les informations de recevabilité ne sont transmises que lorsque toutes les demandes du lot ont été traitées.

14 NOUS JOINDRE

Consultez la page *Nous joindre* du site Web de la RAMQ.

Annexe I – Liste des rôles

Un code de rôle représente la fonction ou l'activité assumée par le médecin spécialiste lorsqu'il rend des services.

Code de rôle	Définition
1	Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue la consultation en radiologie diagnostique
2	Anesthésiologiste
3	Anesthésiologiste collaborateur
4	Médecin assistant
7	Médecin exploitant un laboratoire de radiologie spécifique et médecin radiologiste qui pratique l'examen

Annexe II – Exemples de calcul du montant préliminaire

Tableau I

Majoration de 70 % pour des soins d'urgence selon la règle 14.2 du Préambule général	**Montants**
Montant calculé	153,00 $
Tarif de base	90,00 $
Soins d'urgence selon la règle 14.2 du Préambule général	170 %

Le montant calculé correspond au montant préliminaire, le tarif de base est le tarif prévu à l'Entente, et pour les soins d'urgence selon la règle 14.2 du Préambule général la majoration est de 70 %.

Tableau II

Deuxième chirurgie payée à 50 %	**Montants**
Chirurgie principale	
Montant calculé	14,60 $
Tarif de base	14,60 $
Autre chirurgie	
Montant calculé	5,05 $
Tarif de base	10,10 $
Chirurgies multiples à la même séance	50 %

Le montant calculé correspond au montant préliminaire, le tarif de base est le tarif prévu à l'Entente, et pour des chirurgies multiples à la même séance, le taux applicable est de 50 %.