



À l'intention des médecins omnipraticiens  
des médecins spécialistes  
des optométristes  
des chirurgiens dentistes  
des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale  
des denturologistes

25 mai 2011

## Rappel – Demandes de révision pour tous les modes de rémunération

### Introduction

La Régie désire faire un rappel quant à la présentation des demandes de révision dans le but d'en accélérer le traitement et de vous offrir le meilleur service possible.

Ce rappel concerne tous les types de demandes de paiement (n<sup>os</sup> 1200, 1215, 1216, 1500, 1606, 1670, 1700, 3743) ou de demandes de remboursement (n<sup>os</sup> 1988, 2904, 3336, 3814) y compris les demandes de remboursement à la personne assurée (n<sup>os</sup> 1800, 2058, 2076).

#### À NOTER

À compter du 27 juin 2011, les demandes de révision reçues qui ne correspondront pas à des situations de révision, qui ne répondront pas aux exigences de présentation décrites ci-après ou qui ne seront pas accompagnées des documents explicatifs requis vous seront retournées avec une lettre explicative.

### Document de référence

[Partie I](#) Formulaire *Demande de révision n<sup>o</sup> 1549*, annotations et exemple

## Sommaire

1. Situations relevant de la révision.. 2
2. Situations ne relevant pas de la révision..... 2
3. Exigences de présentation des demandes de révision ..... 3
4. Documents explicatifs à joindre à la demande de révision..... 4

---

## 1. Situations relevant de la révision

---

Vous disposez de **90 jours** à partir de la date du dernier état de compte sur lequel figure votre demande de paiement pour produire une demande de révision.

Vous pouvez procéder par révision lorsque :

- Vous désirez contester un refus de paiement sans modifier les données présentes sur votre demande initiale.
- Le service est refusé parce qu'il a déjà été payé à un autre professionnel.
- Vous souhaitez faire annuler une demande de paiement facturée par erreur pour laquelle vous avez reçu un paiement. La Régie priorise toujours les demandes d'annulation.
- Le service est refusé avec le message explicatif **415**, lequel souligne une **double facturation**. Vous pouvez demander l'annulation de votre demande de paiement initiale ou fournir des explications qui démontrent qu'il ne s'agit pas d'une double facturation.
- La demande a fait l'objet d'une erreur de traitement (ex. : erreur de notre firme de saisie, erreur d'inscription dans votre dossier, etc.). Dans ce cas, en plus des informations usuelles, **vous devez indiquer clairement sur la demande de révision qu'il s'agit d'une erreur de la Régie**. Toutefois, pour éviter les délais de traitement, la refacturation demeure l'option la plus rapide.
- Vous avez reçu un paiement pour un service qui diffère du montant facturé initialement et pour lequel vous êtes en désaccord. Dans cette situation, vous devez **toujours** faire une demande de révision.

---

## 2. Situations ne relevant pas de la révision

---

Vous ne pouvez pas procéder par révision lorsque :

- Les demandes de paiement sont prépayées (« TRA » 03), en cours de traitement (« TRA » 05) ou retenues pour faillite, décès, arrêt de paiement ou autres (« TRA » 50), et ce, peu importe votre mode de rémunération. Vous devez attendre que la Régie ait finalisé leur traitement (« TRA » 02, 10, 12) avant de procéder à une demande de révision.
- Une modification est apportée à votre contrat. La Régie procède automatiquement à des révisions internes pour ces situations.
- Vous voulez faire annuler une demande de paiement avant que son traitement soit finalisé par la Régie. Vous devez attendre qu'elle paraisse sur un état de compte avec l'un des codes de transaction « TRA » 02, 10 ou 12.
- Les demandes de paiement ont déjà été soumises en révision et elles figurent avec un code « TRA » 20 à votre état de compte. Ce code constitue un accusé de réception des demandes de révision. Elles ne doivent donc pas être transmises à nouveau à la Régie. Un code « TRA » 21 paraîtra à votre état de compte lorsque les demandes de paiement auront été révisées.
- Vous désirez obtenir des explications sur une décision de révision à l'égard d'une demande de paiement ou de remboursement. Veuillez vous adresser au Centre d'information et d'assistance aux professionnels pour obtenir plus de renseignements.
- Vous désirez corriger un ou des services refusés ou annulés en totalité (« TRA » 02, 04, 10 ou 11), vous devez toujours procéder par refacturation.

#### À NOTER

Vous ne devez **jamais** faire une refacturation et une demande de révision en même temps à l'égard d'une même demande de paiement. Pour des explications sur la différence entre la refacturation et la révision, nous vous invitons à consulter la rubrique [Refacturation – Révision](#) de la section *Facturation* de notre site Internet.

### 3. Exigences de présentation des demandes de révision

- Toutes les demandes de révision doivent être présentées sur le formulaire *Demande de révision n° 1549* (disponible sur le site Internet de la Régie) et transmises à l'adresse suivante :

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

Vous pouvez également transmettre vos demandes par télécopieur au numéro 418 644-3035. Assurez-vous que les télécopies des pièces jointes sont bien lisibles.

- Inscrire une seule demande de paiement par demande de révision, en particulier pour les messages explicatifs **970, 971, 980 et 982**, ou un ensemble de demandes de paiement en séquence numérique présentant une situation identique (ex. : codes d'acte identiques, demande d'annulation de plusieurs demandes de paiement, mêmes messages explicatifs, etc.).

#### À NOTER

Pour un ensemble de demandes de paiement qui présente une situation identique, vous pouvez inscrire une **séquence numérique** de demandes de paiement en inscrivant sur la première ligne de la partie *Référence* (2D.) tous les renseignements requis pour le premier numéro de la séquence numérique. À la ligne suivante, inscrire le dernier numéro de la séquence. De plus, veuillez préciser à la partie *Motif* (2C.) qu'il s'agit d'une séquence numérique. Voir un exemple à la [partie I](#) de la présente infolettre.

- Le formulaire n° 1549 (voir la [partie I](#)) doit être **lisible** et **comporter toutes les informations requises** :

À la **section 1 – Renseignements sur le dispensateur** :

- coordonnées du dispensateur (nom et prénom du professionnel, numéro d'inscription à la Régie de 7 chiffres);
- adresse de correspondance du dispensateur ou de son mandataire;
- entente visée;
- nom et numéro du compte administratif, s'il y a lieu;
- nom du mandataire, s'il y a lieu. S'il s'agit d'une agence de facturation, veuillez inscrire le nom et le numéro de cette agence.

À la **section 2 – Objet de la demande** :

- **A. Mode de rémunération** : Pour la révision d'une demande de paiement, il est essentiel de spécifier le bon mode de rémunération correspondant à la demande acheminée en révision (acte, tarif horaire, SLE, etc.).
- **B. Spécification, s'il y a lieu** : Indiquez le type de remboursement. De plus, pour la révision d'une demande de remboursement concernant les frais de déplacement, veuillez identifier le mode de rémunération associé à la demande de paiement et remplir la partie Spécification (2B.).

- **C. Motif** : Précisez la nature de la demande en expliquant le motif justifiant la demande de révision.
- **D. Référence** : Spécifiez le numéro de la demande de paiement ou de remboursement à réviser **et chacun des éléments suivants** :
  - nom ou numéro d'assurance maladie (**NAM**) de la personne assurée (sauf s'il n'était pas requis pour la facturation des services visés par la demande de révision);
  - date du dernier état de compte où a figuré la demande à réviser;
  - code de transaction (TRA) et de message explicatif (EXPL.) parus à l'état de compte;
  - date de service.

À la **section 3 – Signature (dispensateur ou mandataire)** :

- Coordonnées de la personne pouvant être rejointe pour toute information concernant la demande de révision, accompagnées de son numéro de poste, s'il y a lieu.
- Signature du dispensateur ou de son mandataire.

**À NOTER**

Nous vous invitons à consulter le guide de remplissage du formulaire n° 1549 sur notre site Internet.

#### 4. Documents explicatifs à joindre à la demande de révision

- Les documents explicatifs pouvant être exigés (protocole, note clinique, attestation, dossier dentaire, autorisation du MESS, carnet de réclamation, radiographie, liste de gardes, rapport de la CSST ou autres) doivent être joints à la demande de révision. Veuillez également vous assurer qu'ils sont lisibles et que nous pourrions bien identifier les professionnels concernés sur ces documents (à cet effet, inscrire les numéros de professionnel ou leurs noms en lettres majuscules sous les signatures).

**PRÉCISION**

L'attestation de garde (ou la liste de garde) constitue une **pièce justificative essentielle à joindre à votre demande de révision** lorsqu'il s'agit d'un forfait de garde. Sans elle, nous ne pouvons procéder à votre demande de révision. **Elle doit être vérifiée et signée par le directeur des services professionnels (DSP)** ou son représentant. En effet, la liste ayant pu être modifiée plusieurs fois, nous devons nous assurer de disposer de la dernière liste à jour pour établir votre droit sans pénaliser indûment un autre professionnel.

Une **attestation de garde (ou liste de garde)** transmise seule, directement par votre établissement, ne peut constituer une demande de révision en soi.

- Des **documents explicatifs sont toujours requis** pour les situations suivantes :
  - Avec les messages explicatifs **617** et **618** indiquant que le maximum est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou d'une appréciation d'ordre médical – *Demande de paiement n<sup>os</sup> 1200, 1500, 1670 ou 1700.*
  - Avec les messages explicatifs **970, 971, 980** et **982** relatifs aux actes inclus ou incompatibles (en médecine ou en dentisterie – *Demande de paiement n<sup>os</sup> 1200 ou 1670.*)
- Toutefois, les demandes de paiement originales **ne doivent pas** être jointes à la demande de révision. Toutes les demandes de paiement originales et les documents complémentaires (formulaire n° 1944) les accompagnant doivent être transmis à la Régie dans les enveloppes spécialement fournies à cet effet.

## Formulaire *Demande de révision n° 1549*, annotations et exemple

Section 1 – Renseignements sur le dispensateur :

**1 Renseignements sur le dispensateur**

Nom de famille Prénom Numéro d'inscription à la Régie

Adresse de correspondance (numéro, rue, ville) Province Code postal

Entente visée  omnipraticiens  spécialistes  dentistes  optométristes  chirurgiens buccaux  denturologistes

Compte administratif, s'il y a lieu Nom Numéro

Mandataire/agence, s'il y a lieu Nom Numéro d'agence

Section 2 – Objet de la demande (incluant un exemple pour un ensemble de demandes de paiement présentant une situation identique) :

**2| Objet de la demande**

A. Mode de rémunération  acte  tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation  honoraires fixes et salariat  rémunération mixte  assurance hospitalisation (SIE)

B. Spécification, s'il y a lieu  forfaits  frais de déplacement  remboursement à la personne assurée  assurance responsabilité  mesures incitatives  formation continue  CSST

C. Motif Expliquez le motif justifiant la demande de révision et **annexez les documents explicatifs requis**

Erreur de suffixe pour le code d'établissement. Veuillez remplacer le suffixe par « 7 ».

Il s'agit d'une séquence numérique de 5249 à 5255.

**Important :** Le mode de rémunération choisi doit être celui de la demande de paiement qui fait l'objet de la demande de révision.

D. Référence Indiquez la ou les demandes de paiement (ou de remboursement) concernées par le motif décrit en C.

NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE OU NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE, S'IL Y A LIEU	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE			CODE		DATE DE SERVICE											
		ANNÉE	MOIS	JOUR	TRA	EXPL	ANNÉE	MOIS	JOUR									
5   2   4   9	BENP 4807 0816 ou Pierre Bénéficiaire	1	1	0	4	0	1	0	2	6	1	4	1	1	0	2	2	5
5   2   5   5																		

Section 3 – Signature (dispensateur ou mandataire) :

**3| Signature (dispensateur ou mandataire)**

Nom de famille Prénom Ind. rég. Téléphone

Signature Date