



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

6 septembre 2013

Modifications au formulaire Demande de révision (n° 1549)

Demande de révision ou d'annulation (n° 1549)

La Régie vous présente les modifications apportées au formulaire n° 1549, utilisé pour demander la révision de demandes de paiement ou de remboursement pour lesquelles vous contestez la décision de la Régie, mais également pour les demandes d'annulation de demandes de paiement ou de remboursement soumises par erreur et pour lesquelles vous avez reçu un paiement.

Cette infolettre souligne aussi quelques points importants à respecter quant à la présentation des demandes de révision ou d'annulation de demandes de paiement ou de remboursement.

1. Nouvelle version du formulaire n° 1549

Dans sa nouvelle version, le formulaire n° 1549 est renommé *Demande de révision ou d'annulation* et comporte une annexe offrant des lignes supplémentaires pour inscrire les diverses demandes de paiement ou de remboursement pour lesquelles vous souhaitez une révision ou une annulation.

De plus, le guide de remplissage se rapportant au formulaire est allégé et mis à jour.

Outre le changement d'appellation, voici les principales modifications apportées au formulaire :

- en sous-titre, deux cases à cocher vous permettent de spécifier à la Régie si vous demandez la révision **ou** l'annulation des demandes de paiement inscrites;
- à la section 2. Renseignements sur la demande, au point B., ajout des cases « forfait d'inscription » et « forfait de prise en charge » concernant uniquement les médecins omnipraticiens;
- dans cette même section, aux points B., C. et D., modification de libellés ainsi qu'ajout de la mention « Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir l'annexe au verso »;
- à la section 3. Signature (dispensateur ou mandataire), ajout d'une case permettant d'inscrire le numéro de poste du numéro de téléphone, s'il y a lieu.

Enfin, la version dynamique du formulaire est actualisée tout en devenant plus conviviale. Le formulaire ainsi que le guide de remplissage sont disponibles sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca dans votre catégorie de professionnel, sous *Tous les formulaires* de la section *Formulaires*.

Vous pouvez également consulter un exemple de la nouvelle version du formulaire statique et du guide de remplissage à la [partie I](#) de l'infolettre.

2. Rappels – Présentation d'une demande de révision ou d'annulation

La Régie vous rappelle quelques points importants dont vous devez tenir compte lorsque vous présentez une demande de révision ou d'annulation :

- Le délai pour adresser une demande de révision ou d'annulation à la Régie est de **90 jours** à partir de la date du dernier état de compte sur lequel a figuré la demande de paiement ou de remboursement;
- **Vous devez toujours attendre le traitement final** de vos demandes de paiement ou de remboursement (sans TRA ou avec TRA 02, 10, 12 ou 22) avant de présenter une demande de révision ou d'annulation à la Régie. Les demandes de paiement prépayées (TRA 03) et les demandes en cours de traitement (TRA 05) ne peuvent être traitées en révision;
- Lorsque vous constatez une erreur concernant une demande de paiement ou de remboursement qui vous a été payée, vous devez en demander l'annulation ou préciser le ou les codes d'acte à annuler, s'il n'y a pas lieu d'annuler toute la demande. Pour ce faire, veuillez utiliser le formulaire n° 1549 en cochant la case « Annulation ».

Vous pourrez refacturer avec les données appropriées, **dès que l'annulation sera effectuée et figurera sur votre état de compte avec le message explicatif 900**;

- **Vous devez toujours refacturer**, lorsqu'une demande de paiement ou de remboursement est annulée par la Régie avec les codes TRA 04 ou TRA 11 figurant à votre état de compte. Plusieurs autres situations de refus de paiement avec le code TRA 10 peuvent également être corrigées et refacturées après que vous ayez identifié la cause à partir du message explicatif paraissant à l'état de compte;
- Pour les demandes de paiement à l'acte, lorsqu'une demande de révision ou d'annulation est reçue à la Régie, le code TRA 20 est inscrit à votre état de compte et constitue votre accusé de réception : **vous ne devez pas soumettre à nouveau** cette demande de révision. Le code TRA 21 figurera à l'état de compte lorsque la demande aura été traitée par la Régie.

3. Remplissage du formulaire Demande de révision ou d'annulation (n° 1549)

La Régie vous rappelle également qu'au moment de présenter une demande de révision ou d'annulation, vous devez inscrire sur le formulaire :

- le mode de rémunération utilisé concernant la demande de paiement en révision;
- la date du dernier état de compte sur lequel a figuré cette demande de paiement.

En plus de ces renseignements, toutes les sections du formulaire doivent être remplies comme mentionné dans le **guide de remplissage**.

Comme des erreurs se glissent fréquemment dans les demandes de révision en lien avec l'annexe 25 de l'entente des médecins spécialistes, il importe que les attestations de garde fournies avec ces demandes soient exactes, et précisent :

- s'il s'agit d'une garde locale, en support ou multi-établissements;
- pour quel établissement et, s'il y a lieu, l'établissement pris en charge;
- la discipline et le secteur d'activité (ex. : Psychiatrie – psychiatrie adulte, Psychiatrie – pédopsychiatrie, Pédiatrie – néonatalogie, etc.).

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'[infolettre 055](#) du 25 mai 2011 et l'[annexe 25](#), mise à jour en continu sur le site Internet de la Régie.

À NOTER

La Régie vous recommande de consulter le **guide de remplissage** joint au formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) ainsi que la rubrique *Refacturation ou révision* de la section *Facturation* de son site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca.

Un formulaire qui ne respectera pas les exigences de remplissage sera retourné au demandeur avec une lettre explicative.

4. Envoi des demandes de révision ou d'annulation

Vous pouvez transmettre vos demandes de révision ou d'annulation par la poste ou par télécopieur :

Par la poste

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

Par télécopieur

418 644-3035

5. Document de référence

[Partie I](#) Formulaire n° 1549 (version statique) et guide de remplissage

DEMANDE DE RÉVISION OU D'ANNULATION

RÉVISION ANNULATION

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 <input type="checkbox"/> omnipraticiens <input type="checkbox"/> spécialistes <input type="checkbox"/> dentistes <input type="checkbox"/> optométristes <input type="checkbox"/> chirurgiens buccaux <input type="checkbox"/> denturologistes		
Compte administratif, s'il y a lieu	Nom	Numéro
Mandataire/agence, s'il y a lieu	Nom	Numéro

2. Renseignements sur la demande

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

B. Précision sur la demande de paiement forfaits forfait d'inscription forfait de prise en charge CSST

Précision sur la demande de remboursement frais de déplacement remboursement à la personne assurée assurance responsabilité mesures incitatives formation continue

C. Motif Exposez le motif justifiant la demande de révision ou d'annulation et annexez les documents explicatifs requis.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. Référence

Décrivez ci-dessous la ou les demandes de paiement (ou de remboursement) visées par cette demande de révision ou d'annulation.

NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT OU DE REMBOURSEMENT	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE OU NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE, S'IL Y A LIEU	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE			CODE		DATE DU SERVICE		
		ANNÉE	MOIS	JOUR	TRA	EXPL.	ANNÉE	MOIS	JOUR

3. Signature (dispensateur ou mandataire)

Nom de famille Prénom Ind. rég. Téléphone N° poste

Signature Date

A M J

À L'USAGE DE LA RÉGIE

.....

.....

.....

GUIDE

Demande de révision ou d'annulation 1549

À qui s'adresse ce formulaire?

Ce formulaire de demande de révision ou d'annulation s'adresse aux médecins omnipraticiens et spécialistes, aux optométristes, aux dentistes, aux spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale et aux denturologistes. Ce formulaire peut être utilisé pour tous les modes de rémunération.

Quand effectuer une demande de révision?

Pour savoir quand effectuer une demande de révision, vous pouvez consulter la rubrique *Refacturation ou révision* sur notre site Internet, sous l'onglet Facturation.

Quand effectuer une demande d'annulation?

Pour annuler une demande faite par erreur et pour laquelle vous avez reçu un paiement ou un remboursement.

DEMANDE DE RÉVISION OU D'ANNULATION

En haut du formulaire, dans les cases prévues à cet effet, veuillez indiquer s'il s'agit d'une demande de révision ou d'annulation.

1. Renseignements sur le dispensateur

Veuillez remplir cette section et préciser :

- le numéro d'inscription du dispensateur à la Régie (sept chiffres);
- l'adresse de correspondance du dispensateur ou du mandataire s'il est le demandeur;
- l'entente régissant les modalités de pratique du dispensateur;
- le nom et le numéro du compte administratif du mandataire ou de l'agence, s'il y a lieu.

2. Renseignements sur la demande

A et B – Mode de rémunération et précision sur la demande

Indiquez le mode de rémunération visé par la demande de paiement ou de remboursement dont la révision ou l'annulation est demandée et, s'il y a lieu, donnez la précision à fournir au sujet de cette demande.

Médecins omnipraticiens : Si vous cochez « forfait d'inscription » ou « forfait de prise en charge », n'indiquez pas de mode de rémunération.

C - Motif

Expliquez le motif de la demande de révision ou d'annulation et joignez tout document venant appuyer cette demande (protocole, notes cliniques, attestation du directeur des services professionnels, etc.). Les pièces jointes, en particulier les notes cliniques, devront être lisibles et nous permettre de bien déterminer l'identité des professionnels en question (inscrivez le numéro des professionnels ou leur nom en lettres majuscules sous leur signature).

D - Référence

Pour chaque demande de paiement ou de remboursement à réviser ou à annuler, précisez les éléments suivants :

- son numéro (sauf dans le cas des forfaits d'inscription ou de prise en charge);
- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée ou le nom, s'il y a lieu;
- la date du dernier état de compte où elle a figuré;
- le code de transaction (TRA), s'il y a lieu;
- le message explicatif (EXPL.) figurant sur cet état de compte, s'il y a lieu;
- la date du service. S'il s'agit d'une période, veuillez indiquer les dates de début et de fin une sous l'autre dans la même case de la colonne Date du service.

Annexe : Pour plus de quatre demandes de paiement ou de remboursement ayant un élément commun (message explicatif, le fait qu'elles soient à annuler dans le cas de demandes de paiement, etc.), veuillez remplir l'annexe à la deuxième page du formulaire. Si l'espace est insuffisant, veuillez remplir une autre annexe.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement (série numérique)

Vous pouvez inscrire une séquence numérique de demandes de paiement ou de remboursement ayant un élément commun, en indiquant le numéro initial de la série à la première ligne du tableau, puis le numéro final à la deuxième ligne. Veuillez alors préciser, à la section 2 C, qu'il s'agit d'une séquence de demandes de paiement ou de remboursement allant de tel numéro à tel autre et indiquer la période concernée.

3. Signature (dispensateur ou mandataire)

Comme indiqué à la section IV, « Relevés d'honoraires, demandes de paiement et mandats », du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (chap. A-29, r. 7), la signature du dispensateur ou de son mandataire dûment autorisé est requise ainsi que la mention de la date où cette signature a été apposée.

Envoi de votre demande

Avant d'envoyer votre demande de révision ou d'annulation, veuillez vous assurer :

- que les renseignements inscrits sur le formulaire sont complets et lisibles;
- que votre demande est signée;
- que toutes les pièces justificatives requises sont jointes;
- et que vous avez fait une **copie** de votre **demande** ainsi que des **pièces justificatives** pour la conserver.

Qu'il s'agisse d'une **facturation** ou d'une **refacturation**, **ne joignez aucune demande de paiement** à la demande de révision ou d'annulation.

Toute demande ne répondant pas aux exigences vous sera retournée.

Par la poste

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

Par télécopieur

418 644-3035.
Assurez-vous que les télécopies de vos pièces jointes seront bien lisibles.

Pour plus d'information

Nous vous invitons à consulter la rubrique *Refacturation ou révision* sur notre site Internet. Vous y trouverez notamment des explications concernant les différences entre la refacturation et la révision ainsi que des précisions importantes sur les demandes de révision.

Si vous avez des questions sur votre demande de révision ou d'annulation, vous pouvez communiquer avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels :

par téléphone du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30
à l'exception du mercredi de 10 h 30 à 16 h 30

Québec : 418 643-8210
Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 463-4776

par courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca