



# MÉDECINS OMNIPRATICIENS

---

## GUIDE DE FACTURATION

**Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem  
et rémunération mixte**

---

# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944) .....</b>	<b>6</b>
1.1 Avant-propos.....	6
1.2 Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) – Description du formulaire.....	7
1.2.1 Rédaction de la demande de paiement.....	9
1.2.2 Expédition.....	20
1.2.3 Description des codes des secteurs de dispensation.....	21
1.2.4 Description des codes de congés prévus à l'Entente (annexe VI).....	22
1.2.5 Codes d'activité.....	24
1.2.6 Calendriers des jours fériés .....	24
1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944).....	26
1.4 Bilan des avantages sociaux .....	27
1.5 État de la facturation .....	29
<b>2 Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944) .....</b>	<b>33</b>
2.1 Avant-propos.....	33
2.2 Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) – Description du formulaire.....	34
2.2.1 Rédaction de la demande de paiement.....	36
2.2.2 Mode de rémunération .....	42
2.2.3 Expédition.....	50
2.2.4 Description des codes des secteurs de dispensation.....	51
2.2.5 Codes d'activité.....	52
2.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944).....	53
2.4 Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) – Description du formulaire .....	54
<b>3 Rémunération mixte.....</b>	<b>57</b>
3.1 Avant-propos.....	57
3.2 Demande de paiement – Rémunération mixte (3743) – Description du formulaire.....	58
3.2.1 Rédaction de la demande de paiement.....	60
3.2.2 Expédition.....	66
3.2.3 Description des codes des secteurs de dispensation.....	66
3.2.4 Description des codes d'activité .....	66
3.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944).....	67
3.4 Calendrier des périodes de facturation .....	67
3.5 Calendrier des jours fériés .....	68
3.6 Tableau du pourcentage des actes .....	68
<b>4 Paiement à honoraires fixes.....</b>	<b>69</b>
4.1 Mode de paiement.....	69

4.2	Délai de paiement .....	69
4.3	Facturation informatisée.....	69
4.3.1	Retour d'erreurs à l'agence.....	69
4.4	État de compte.....	70
4.4.1	Description .....	70
4.4.2	Vérification des paiements .....	73
4.5	Règlement des demandes de paiement.....	73
4.5.1	Paiement autorisé tel que demandé.....	73
4.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	73
4.5.3	Paiement refusé en partie .....	73
4.5.4	Paiement refusé en totalité .....	73
4.5.5	Annulation d'une demande de paiement.....	74
4.5.6	Modification d'une demande de paiement payée.....	74
4.6	Demande de révision.....	74
4.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision.....	74
4.7	Demande d'annulation .....	75
4.8	Liste des codes de transaction.....	75
4.9	Liste des messages explicatifs .....	75
4.10	Calendriers de paiement .....	75
<b>5</b>	<b>Paiement à tarif horaire .....</b>	<b>76</b>
5.1	Mode de paiement.....	76
5.2	Délai de paiement.....	76
5.3	Facturation informatisée.....	76
5.3.1	Retour d'erreurs à l'agence.....	76
5.4	État de compte.....	77
5.4.1	Description .....	77
5.4.2	Vérification des paiements .....	80
5.5	Règlement des demandes de paiement.....	80
5.5.1	Paiement autorisé tel que demandé.....	81
5.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	81
5.5.3	Paiement refusé en partie .....	81
5.5.4	Paiement refusé en totalité .....	81
5.5.5	Annulation d'une demande de paiement.....	81
5.5.6	Modification d'une demande de paiement payée.....	82
5.6	Demande de révision.....	82
5.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision.....	82
5.7	Demande d'annulation .....	82
5.8	Liste des codes de transaction.....	83
5.9	Liste des messages explicatifs .....	83
5.10	Calendriers de paiement .....	83
<b>6</b>	<b>Paiement – Rémunération mixte .....</b>	<b>84</b>
6.1	Mode de paiement.....	84

6.2	Délai de paiement.....	84
6.3	Facturation informatisée.....	84
6.3.1	Retour d'erreurs à l'agence.....	84
6.4	État de compte.....	85
6.4.1	Description .....	85
6.4.2	Vérification des paiements .....	90
6.5	Règlement des demandes de paiement.....	90
6.5.1	Païement autorisé tel que demandé.....	90
6.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	90
6.5.3	Païement refusé en partie .....	90
6.5.4	Païement refusé en totalité.....	90
6.5.5	Annulation d'une demande de paiement.....	90
6.5.6	Modification d'une demande de paiement payée.....	91
6.6	Demande de révision.....	91
6.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision.....	91
6.7	Demande d'annulation .....	91
6.8	Liste des codes de transaction.....	92
6.9	Liste des messages explicatifs .....	92
6.10	Calendriers des jours fériés .....	92
6.11	Calendriers de paiement .....	92
<b>7</b>	<b>Demande de facturation hors délai.....</b>	<b>93</b>
<b>8</b>	<b>Nous joindre.....</b>	<b>94</b>





## Introduction

Le *Guide de facturation des médecins omnipraticiens – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte* vise à vous renseigner sur les modalités de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À cet égard, il contient notamment la rédaction de la demande de paiement pour la rémunération à honoraires fixes, à vacation, à tarif horaire, au per diem et mixte et des renseignements relatifs au paiement.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la *Gazette officielle du Québec* ainsi qu'à votre entente lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

### Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la RAMQ vous recommande de consulter son site Web** (section [Professionnels](#)) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour du guide, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

# 1 DEMANDE DE PAIEMENT – RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (1216) ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE – CONSIDÉRATION SPÉCIALE (1944)

## 1.1 Avant-propos

---

La RAMQ met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode des honoraires fixes la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la RAMQ n'accepte plus la demande de paiement en version papier. Elle peut être remplie et transmise par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#) de la RAMQ. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne.

Le médecin qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet [Formulaire](#). Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et qui sont nécessaires à un traitement adéquat en vue d'en effectuer le paiement.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année, mois, jour** en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar (\$)**.

### RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode de rémunération à honoraires fixes. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consultez les annexes XII et XII-A de l'Entente dans la *Brochure n° 1* ainsi que la rubrique [Rémunération différente](#).

La [liste des localités](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Lorsque la rémunération différente s'applique, les tarifs sont ajustés par la RAMQ.

## **1.2 Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) – Description du formulaire**

---

La demande de paiement comporte 17 sections :

1. Numéro de contrôle externe
2. Identité du médecin omnipratricien ayant rendu les services assurés
3. Désignation de l'établissement où les services ont été rendus
4. Période de facturation
5. Quantième
6. Indication des activités et des heures effectuées
7. Indication des congés
8. Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée
9. Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps
10. C. S. (Considération spéciale)
11. Renseignements complémentaires
12. Nombre de documents annexés
13. Congés pour période continue et prolongée
14. Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou de témoin
15. Montant d'assurance invalidité reçu
16. Signature du professionnel ou du mandataire
17. Attestation de l'établissement

# Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

## 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

### Formulaire Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)

<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> HONORAIRES FIXES ET SALARIAT		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <b>1</b>		C.S. <b>10</b>	
PROFESSIONNEL PRÉNOM <b>2</b>		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES <b>12</b>	
ÉTABLISSEMENT NOM <b>3</b>		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE <b>4</b>	
DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR	

  

ACTIVITÉS										CONGÉS					
QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE	DURÉE (JOURS)
	NUIT	AM	PM	SOIR											
<b>5</b>					1				2				40	<b>7</b>	
					3	<b>6</b>			4				41		
					5				6				42		
					7				8				43		
					9				10				44		
					11				12				45		
					13				14				46		
					15				16				47		
					17				18				48		
					19				20				49		
				21				22				50			
				23				24				51			
				25				26				52			
				27				28				53			
				29				30				54			

  

HEURES SUPPLÉMENTAIRES										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES <b>8</b>		TOTAL DES JOURS DE CONGÉS				
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES		<b>9</b>										
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

  

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES <b>11</b>									
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE 80 DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ <b>13</b> DURÉE (JOURS)									
JURÉ OU TÉMOIN Spécifier la rémunération reçue <b>14</b> MONTANT \$									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR <b>16</b>									
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES <b>17</b> NOM EN LETTRES MOULÉES LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR									
ASSURANCE-INVALIDITÉ Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. <b>15</b> \$ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)									

1216 292 18/01

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

#### Remarque :

La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le médecin omnipraticien puisse inscrire un numéro de contrôle externe à 4 chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

## 1.2.1 Rédaction de la demande de paiement

### 1.2.1.1 Section 1

#### Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de paiement à remplir par le médecin omnipraticien et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

### 1.2.1.2 Section 2

#### Identité du médecin omnipraticien ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité du médecin omnipraticien sont les suivants :

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres).

### 1.2.1.3 Section 3

#### Désignation de l'établissement où les services assurés ont été rendus

Dans cette section, le médecin omnipraticien doit inscrire :

- **NOM** : le nom complet de l'établissement;
- **NUMÉRO** : le numéro de l'établissement (5 chiffres).

### 1.2.1.4 Section 4

#### Période de facturation

La période de la demande de paiement couvre **7 jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle**. Pour les périodes exactes, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#).

#### Exemple pour les sections 1 à 4

DEMANDE DE PAIEMENT		Régie de l'assurance maladie Québec	
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT			
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE ①			
② PROFESSIONNEL		N° DU PROFESSIONNEL	
PRÉNOM	NOM	C.S.	
PIERRE	UNTEL	1 8 9 9 9 9 4	
③ ÉTABLISSEMENT		④ PÉRIODE	
NOM	NUMÉRO	DÉBUTANT LE DIMANCHE	
Hôpital Laval	0 2 0 6 8	ANNÉE MOIS JOUR	
		SE TERMINANT LE SAMEDI	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	
		A A 1 1 1 6 A A 1 1 2 2	

**Remarque :** Le numéro de contrôle externe à 4 chiffres paraît dans toute correspondance liée à la demande de paiement visée.

### **1.2.1.5 Section 5**

#### **Quantième**

Cette partie permet au médecin omnipraticien d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus ou la date du jour où un congé est demandé. Ce quantième est exprimé en utilisant un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.

### **1.2.1.6 Section 6**

#### **Indication des activités et des heures effectuées**

Cette section, qui comporte 15 lignes ou 30 périodes de référence, permet au médecin omnipraticien d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires fixes.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

#### **– Plage horaire**

Le médecin omnipraticien indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en 4 périodes qui sont les suivantes :

Nuit :	de 0 h à 8 h
Avant-midi (AM) :	de 8 h à 12 h
Après-midi (PM) :	de 12 h à 20 h
Soir :	de 20 h à 24 h

**Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation** et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. La plage horaire est **essentielle**.

#### **Exceptions :**

- 1) Le médecin omnipraticien pourra indiquer la totalité de la garde sur place ou de la garde en disponibilité d'une journée en cochant les périodes de plage horaire concernées. Cette exception ne sera acceptée que si un même code d'activité est présenté.

#### **Exemple**

NUIT	AM	PM	SOIR
X	X	X	

Heures de garde sur place : 16 heures

## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

- 2) La RAMQ pourra accepter un dépassement d'au plus une heure si cela peut éviter au médecin la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

#### Exemple 1

Heure de début : 8 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	AM	PM	SOIR
	x		

Heures travaillées : 4,5 h

Cette facturation sera acceptée si le médecin ne travaille pas en après-midi.

#### Exemple 2

Heure de début : 8 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

NUIT	AM	PM	SOIR
	x		
		x	

Heures travaillées : 4 h

Heures travaillées : 4 h

**La demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraînera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.**

#### – Codes d'activité

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

Le médecin omnipraticien indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire. Étant donné que la garde sur place bonifie les avantages sociaux, il est important pour le médecin d'inscrire distinctement les heures relatives à cette activité. Cependant, le médecin dont les services sont sujets à une majoration du tarif de base, à une exclusion du plafond trimestriel ou autre doit indiquer **les heures réelles consacrées à chaque type d'activité au cours de la même plage horaire.**

Pour la nomenclature complète, voir la [liste des codes d'activité et leur description](#).

#### – Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le code du secteur de dispensation est composé de 2 chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case, sauf dans les situations où le médecin veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, voir les avis de facturation figurant aux annexes IX et XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le médecin est assujéti.

**Remarque :** Si vous utilisez un secteur de dispensation (ex. : 34) et que vous cochez plus d'une plage horaire, assurez-vous que ce secteur de dispensation est autorisé à l'intérieur de toutes ces plages.

Pour la nomenclature complète, voir la [liste des codes des secteurs de dispensation et leur description](#).



– **Heures travaillées**

Inscrire le nombre d'heures travaillées de 4 chiffres.

**Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi, 3 heures et 45 minutes s'inscrivent 03,75.**

**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 votre nombre d'heures effectuées dans la plage de nuit. Pour la période du retour à l'heure normale, la RAMQ acceptera la facturation d'une heure de plus dans la plage de nuit pour une durée réelle de 9 heures. Lors du passage à l'heure avancée de l'Est, vous devez inscrire vos heures normales travaillées dans la plage de nuit.

### **1.2.1.7 Section 7**

**Indication des congés**

– **Code de congé**

Pour les codes de congé, voir la section [Description des codes de congé prévus à l'Entente](#). Le code de congé doit toujours être indiqué lorsqu'un jour de congé est demandé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé demandé sur cette ligne.

**Remarque 1 :** Utiliser le code de congé « **02** » pour la facturation des vacances annuelles.

La RAMQ déduira dans l'ordre suivant le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles :

Code **34** : Vacances reportées

Code **02** : Vacances accumulées

Code **32** : Vacances anticipées

Le médecin omnipraticien en sera informé par son état de compte.

**Remarque 2 :** Utiliser le code de congé « **09** » pour facturer les congés de perfectionnement.

La RAMQ déduira dans l'ordre suivant le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles :

Code **09** : Congé de perfectionnement

Code **11** : Congé de perfectionnement reporté

Le médecin omnipraticien en sera informé par son état de compte.

**Remarque 3 :** Voir la section 13 du formulaire lorsque la durée du congé est d'au moins une période de facturation complète, soit une semaine.

– **Durée du congé**

**Les congés doivent être demandés en demi-journée (0,50) ou en journée complète (1,00) peu importe si le médecin omnipraticien est à temps plein ou à demi-temps.**

À titre d'exemple, un médecin à demi-temps dont le traitement hebdomadaire a été établi à 17,5 heures par semaine se verra attribuer 3,5 heures pour chaque jour de congé ou 1,75 heure pour chaque demi-journée.

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**Exemple pour les sections 5 à 7**

5					6 ACTIVITÉS										7 CONGÉS				
QUANTITÉ	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)				
	NUIT	AM	PM	SOIR															
1,7		X			1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2				40						
1,7			X		3	0,0,2,0,3,0	0,1	0,7,0,0	4				41						
1,8		X			5	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	6	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	42						
1,8			X		7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8				43						
1,9		X			9	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	10	0,0,2,0,3,2	0,1	0,1,5,0	44						
1,9			X		11	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	12				45						
2,0		X			13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	14				46						
2,0			X		15	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	16				47						
2,1					17				18				48	0,2	1,0,0				
					19				20				49						
					21				22				50						
					23				24				51						
					25				26				52						
					27				28				53						
					29				30				54						
								TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		0,3,6,5,0			TOTAL DES JOURS DE CONGÉS		1,0,0				

**1.2.1.8 Section 8**

– **Total des heures travaillées durant la période indiquée**

Inscrire le total des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 36,5 heures.

– **Total des jours de congés**

Inscrire le total des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne **CONGÉS – DURÉE EN JOURS**.

Selon l'exemple choisi, le nombre de jours de congé pouvant être rémunérés ou non selon le code est de 1 jour.

### 1.2.1.9 Section 9

#### Total des heures supplémentaires accumulées et des remises de temps

Cette partie est divisée en deux, soit l'accumulation du nombre d'heures supplémentaires effectuées que le médecin omnipraticien désire reprendre en remise de temps, et la remise en temps pour remplacer des heures régulières non travaillées.

##### – Accumulation

Deux possibilités peuvent se présenter :

- A. Le médecin omnipraticien désire accumuler un **nombre précis d'heures** supplémentaires effectuées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :		0		2		5		0				
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

- B. Le médecin omnipraticien désire accumuler la **totalité des heures** supplémentaires

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :		9		9		9		9				
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

calculées.

**Remarque :** Les heures effectuées en **garde** sur place ou en garde en disponibilité, là où cette possibilité s'applique, **ne peuvent être accumulées en temps supplémentaire**.

##### – Remise de temps supplémentaire

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :												
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE
		1	5	7	0	0		1	6	3	5	0				1

La remise de temps est utilisée pour combler, en partie ou en totalité, la période régulière d'activités du médecin omnipraticien.

Lorsque le médecin omnipraticien désire utiliser des heures de temps supplémentaire accumulées, il demande les heures facturées sur la ligne *Remise de temps (code 80)*.

Les heures se demandent en inscrivant le quantième de la journée régulière choisie ainsi que le nombre d'heures facturées.

En plus, le nombre total des heures demandées doit être inscrit dans la case **TOTAL DES HEURES DE REMISE**.

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document**  
**complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**Exemple pour les sections 8 et 9**

ACTIVITÉS										CONGÉS					
QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)
	NUIT	AM	PM	SOIR											
1,7	X				1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2				40		
1,7			X		3	0,0,2,0,3,0	0,1	0,7,0,0	4				41		
1,8	X				5	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	6	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	42		
1,8			X		7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8				43		
1,9	X				9	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	10	0,0,2,0,3,2	0,1	0,1,5,0	44		
1,9			X		11	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	12				45		
2,0	X				13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	14				46		
2,0			X		15	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	16				47		
2,1					17				18				48	0,2	1,0,0
					19				20				49		
					21				22				50		
					23				24				51		
					25				26				52		
					27				28				53		
					29				30				54		

  

HEURES SUPPLÉMENTAIRES										8		TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		0,3,6,5,0		TOTAL DES JOURS DE CONGÉS		1,0,0	
ACCUMULATION	60	NOMBRE D'HEURES :		9															
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE			

### 1.2.1.10 Section 10

#### C. S. (Considération spéciale) :

**LETTRE A** : Renseignements complémentaires liés à toute circonstance autre que la refacturation.

Le cas échéant, lorsqu'un médecin doit rendre des services dans une localité où le taux de rémunération est différent de celui de l'établissement, il doit inscrire un **A** dans cette case et inscrire le numéro de la localité, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 30), ainsi que la durée en heures, lorsque différente des heures facturées, dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

**LETTRE B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un **B** dans cette case et inscrire le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

### 1.2.1.11 Section 11

#### Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents pour le règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la section 10, la lettre **A** ou **B** dans la case C. S. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944). Voir la section [Expédition](#) du présent guide pour l'envoi.

### 1.2.1.12 Section 12

#### Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Voir la section [Expédition](#) du présent guide pour l'envoi.

### 1.2.1.13 Section 13

#### Congés pour période continue et prolongée

Le médecin omnipratricien peut utiliser cette **section seule ou simultanément** avec d'autres pour déclarer la prise d'un congé dont la durée n'est pas inférieure à 2 jours. Les autres sections qui peuvent être remplies en même temps sont les suivantes :

- Activités (section 6);
- Congés (section 7);
- Heures supplémentaires **relatives à la remise de temps seulement** (section 9).

Lorsque plusieurs sections sont remplies, il est important de s'assurer que la date d'un congé demandé pour une période continue et prolongée n'est pas la même que celle utilisée préalablement dans une autre des sections précitées.

Une seule exception est cependant acceptable. Il s'agit de la facturation d'activités qui pourraient porter **la même date que celle de début ou de fin du congé** facturé en période continue et prolongée.

**Remarque :** Toutes les cases de cette section doivent être remplies.

La date de début du congé facturé dans cette partie doit être comprise dans la période de la section 4, (**toujours d'une durée d'une semaine**), et est aussi constituée de 2 dates.

Les journées facturées dans cette section (Durée) doivent être entières.

À titre d'exemple, un **congé de maternité** pourra être demandé ainsi :

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										13		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
80		DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)			
		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR						
		A	A	0 4	1 5	A	A	0 8	3 0	01		1 0 0	

La RAMQ générera hebdomadairement une demande de paiement pour les congés rémunérés et les jours ouvrés. Tant et aussi longtemps que la date de fin inscrite dans cette partie ne sera pas atteinte, cette demande de paiement portera le même numéro d'identification et paraîtra sur votre état de compte. Les demandes de paiement ainsi générées tiendront compte, lorsque cela s'applique, des congés fériés observés dans votre établissement respectif, sinon les [calendriers des jours fériés](#) seront alors utilisés.

## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

À titre d'exemple, une **période de vacances annuelles** de 4 semaines facturée dans cette section serait inscrite ainsi :

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										13		A L'USAGE DE LA RÉGIE	
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)					
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR							
	A	A	0 5	0 2	A	A	0 5	2 7	02	0 2 0			

**Remarque :** En supposant que le 2 et le 27 mai correspondent à des journées fériées observées dans votre établissement, la RAMQ reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et 2 jours fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

#### 1.2.1.14 Section 14

##### Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin

Pour les congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin, le médecin omnipraticien doit :

- spécifier l'indemnité reçue;
- joindre les pièces justificatives et voir la section [Expédition](#) du présent guide pour l'envoi.

**Le congé pour juré ou témoin peut avoir été facturé sur une demande de paiement antérieure ou peut l'être en même temps que la déclaration de l'indemnité reçue à ce titre.**

Le montant de l'indemnité se trouve sur le formulaire *Taxation de juré ou témoin*, sous *Perte de temps*. Ce formulaire est fourni par le ministère de la Justice.

#### 1.2.1.15 Section 15

##### Montant d'assurance invalidité reçu

Le médecin omnipraticien est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit, selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou par tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la RAMQ. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte (voir le paragraphe 8.06 de l'annexe VI de l'Entente dans la *Brochure n° 1*).

Voir la section [Expédition](#) du présent guide pour l'envoi.

#### 1.2.1.16 Section 16

##### Signature du professionnel ou du mandataire

###### – Prénom et nom en lettres moulées :

Le médecin omnipraticien ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées.

###### – Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par le médecin omnipraticien dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire, dans les cases appropriées, conformément au [Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement](#).

## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

#### 1.2.1.17 Section 17

##### Attestation de l'établissement

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :**

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par un signataire autorisé par l'établissement dans les cases appropriées.

##### Exemple pour les sections 10 à 17

DEMANDE DE PAIEMENT										Régie de l'assurance maladie Québec	
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT											
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL				N° DU PROFESSIONNEL		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS	
		PRÉNOM		NOM				(10) A		(12)	
ÉTABLISSEMENT				NUMÉRO		PÉRIODE		DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI	
NOM						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
								A A 1 1 1 6		A A 1 1 2 2	
HEURES SUPPLÉMENTAIRES											
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :							
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		70		QUANTIÈME HEURES		71		QUANTIÈME HEURES		72	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES											
Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin (11)											
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE											
80		DATE DE DÉBUT		DATE DE FIN		CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR							
						(13)					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE											
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES							
Pierre				Untel							
(16)											
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.											
				ANNÉE		MOIS		JOUR			
				A A		1 1		2 6			
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT											
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES				NOM EN LETTRES MOULÉES							
Jacques				Responsable							
(17)											
LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.											
				ANNÉE		MOIS		JOUR			
				A A		1 1		2 6			
LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.											
JURÉ OU TÉMOIN											
Spécifier la rémunération reçue (14)										MONTANT	
										0,250,00 \$	
ASSURANCE-INVALIDITÉ											
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.											
(15) (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)											



# Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

## 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

### Exemple de facturation : CLSC avec majoration

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
PROFESSIONNEL PRENOM _____ NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL _____ C.S. _____	
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE _____	
CLSC Rimouski-Neigette		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 0 7 1 1	
SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 0 7 1 7			

  

ACTIVITÉS										CONGÉS					
QUANTIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE	DURÉE (JOURS)
	NUIT	AM	PM	SOIR											
1, 4			X		1	0 0 2 0 3 0		0 4 0 0	2	0 0 2 0 3 0	2, 3	0 2 0 0	40		
1, 4				X	3	0 0 2 0 3 0	2, 4	0 2 0 0	4				41		
1, 6			X		5	0 0 2 0 3 0		0 4 0 0	6	0 0 2 0 3 0	2, 5	0 2 0 0	42		
1, 6				X	7	0 0 2 0 3 0	2, 6	0 2 0 0	8				43		
					9				10				44		
					11				12				45		
					13				14				46		
					15				16				47		
					17				18				48		
					19				20				49		
					21				22				50		
					23				24				51		
					25				26				52		
					27				28				53		
					29				30				54		

  

HEURES SUPPLÉMENTAIRES										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		TOTAL DES JOURS DE CONGÉS	
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :						0 1 6 0 0			

  

REMISE DE TEMPS (CODE 80)	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE
70			71			72			73		

  

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

  

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										A L'USAGE DE LA RÉGIE		JURÉ OU TÉMOIN MONTANT	
80	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)									
	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR											

  

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE									
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES					NOM EN LETTRES MOULÉES				
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.									
					ANNÉE MOIS JOUR				

  

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT									
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES					NOM EN LETTRES MOULÉES				
LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.									
					ANNÉE MOIS JOUR				

  

ASSURANCE-INVALIDITÉ									
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.									
\$									
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)									

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1216 292 18/01



### **1.2.2 Expédition**

Lorsque vous utilisez le service en ligne Facturation – Formulaires, votre responsable d'autorisation transmet la demande de paiement à la RAMQ.

Lorsque vous utilisez le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I), l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la RAMQ. Vous devez remettre une copie à l'établissement et vous ou votre agence devez conserver 5 ans une copie portant les 2 signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

Selon le service ou le congé facturé, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la RAMQ avec la demande de paiement. Selon le logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un document de facturation ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et **fournir les pièces justificatives** afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne Facturation – Formulaires ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu par la RAMQ;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes votre numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- envoyer à la RAMQ la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

**Vous pouvez faire parvenir ces documents à la RAMQ de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.**

#### **Par la poste**

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être transmis dans une même enveloppe à l'adresse suivante :

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

#### **Par télécopieur**

418 643-7585

### **1.2.3 Description des codes des secteurs de dispensation**

#### **Codes s'appliquant dans tous les centres exploités par un établissement**

- 01** Clinique externe
- 02** Moyen séjour
- 03** Courte durée (section générale)
- 04** Longue durée – Soins prolongés
- 05** Unité de soins intensifs
- 06** Unité de soins coronariens
- 07** Service d'urgence
- 08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier de soins psychiatriques)
- 09** Hôpital de jour
- 10** Hôpital à domicile
- 11** Laboratoire
- 13** Services en gériatrie (dans un centre hospitalier de soins psychiatriques)
- 23** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception des jours fériés)
- 24** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception des jours fériés)
- 25** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception des jours fériés)
- 26** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception des jours fériés)
- 27** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 28** Clinique réseau – Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 29** Au près d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 30** Au près d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 31** Au près d'un malade admis (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 32** Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 33** Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 34** Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 35** Service d'urgence d'un établissement (dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 36** Services cliniques dans un territoire désigné (E.P. – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse Côte-Nord) (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 37** Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (lundi au vendredi de 8 h à 20 h à l'exception des jours fériés)

## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

- 38 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 39 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 40 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 41 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42 Auprès d'un malade admis (samedi, dimanche ou jour férié de 0 h à 8 h)
- 43 EP 24 – Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié de 20 h à 24 h)
- 44 EP 24 – Santé publique (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 45 EP 24 – Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 47 LE 269 – Activités de fonctionnement en GMF

**Remarque :** L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Vous devez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir l'annexe IX de la *Brochure n° 1*).

L'annexe XX de l'Entente prévoit une majoration durant les horaires défavorables pour certains codes d'activité et établissements. Vous devez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir l'annexe XX de la *Brochure n° 1*).

Il existe aussi des instructions de facturation spécifiques à certains accords, lettres d'entente ou ententes particulières concernant les majorations qui diffèrent de l'annexe XX (voir le document concerné dans la *Brochure n° 1*).

#### 1.2.4 Description des codes de congés prévus à l'Entente ([annexe VI](#))

##### Congés parentaux avec rémunération

- 01 Maternité – Congé rémunéré (article 1.01)
- 10 Congé spécial, moins de 5 jours – Complication de grossesse (article 1.20 a) ou interruption de grossesse (article 1.20 b)
- 12 Résiduel des semaines du congé de maternité – décès de la conjointe (article 1.01)
- 21 Congé spécial – Visites reliées à la grossesse (article 1.20 c) – Transmettre un certificat médical et préciser la date prévue de l'accouchement lors de la première visite avec une copie de la demande de paiement
- 22 Maternité – Retrait préventif CNESST. Ce congé n'est pas prévu à l'Entente – Transmettre une copie de l'attestation approuvée par la CNESST avec une copie de la demande de paiement
- 23 Paternité – Congé rémunéré (article 1.21 e)
- 25 Adoption – Congé 10 semaines (article 1.23)
- 68 Adoption de l'enfant du conjoint – 2 jours précédant le code 69 (article 1.23 G)
- 71 Congé spécial, 5 jours et plus – Complication de grossesse (article 1.20 b) ou interruption de grossesse (article 1.20 b) – Transmettre un certificat médical avec une copie de la demande de paiement

**Congés parentaux sans rémunération**

- 27** Maternité – Prolongation (article 1.05)
- 29** Maternité – Congé sans rémunération (article 1.21 A)
- 31** Congé en vue d'une adoption – 10 semaines (article 1.23 I)
- 35** Paternité – Congé sans rémunération (article 1.21 A)
- 36** Adoption – Congé sans rémunération (article 1.21 A)
- 60** Congé parental (article 4.12)
- 62** Maternité – Suspension (article 1.03)
- 63** Paternité – Congé sans rémunération (article 1.22 A)
- 64** Paternité – Prolongation (article 1.22 D)
- 65** Paternité – Suspension (article 1.22 C)
- 66** Adoption – Prolongation (article 1.23 D)
- 67** Adoption – Suspension (article 1.23 B)
- 69** Adoption de l'enfant du conjoint – 3 jours suivant le code 68 (article 1.23 G)

**Vacances**

- 02** Vacances annuelles (article 2.02)
- 32** Vacances anticipées (article 2.02)
- 34** Vacances reportées (article 2.02)

**Congés fériés**

- 40** Congé férié annuel (article 3.01)
- 41** Congé additionnel (article 3.01)
- 42** Congé férié en période d'invalidité (article 3.05)

**Congés spéciaux avec rémunération**

- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (article 4.01 A)
- 51** Décès des père, mère, frère, sœur, enfant (à l'exception de ceux prévus à 4.01 A), beau-père, belle-mère, bru et gendre (article 4.01 B)
- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-sœur et d'un grand-parent (article 4.01 C)
- 08** Juré ou témoin (article 4.06)
- 52** Congé à traitement différé (article 10.03)

**Congés spéciaux sans rémunération**

- 54** Candidat et exercice d'une fonction publique (article 4.05)
- 55** Mariage (article 4.07)
- 56** Congé annuel sans rémunération (article 4.08)
- 57** Année sabbatique (article 4.10)
- 58** Cours de formation (article 4.11)
- 59** Congé syndical (article 5.05 de l'Entente)

**61** Comité de révision, événement spécial (article 1.12 et 1.24, 1<sup>o</sup> B)

**20** Congé après entente avec l'établissement (article 4.12)

**87** Médecin formateur (article 12, LE-335)

**89** Congé bénéficiant de tous les avantages sociaux

#### **Perfectionnement**

**09** Congé de perfectionnement (article 5.01)

**11** Congé de perfectionnement reporté (article 5.01)

**17** Formation continue en GMF-U (article 7 de la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant)

**18** Congé de formation anticipé (annexe XII)

**19** Congé de formation (annexe XII)

**85** LE Formation DMÉ – participant région non désignée (article 6, LE-335)

**86** LE Formation DMÉ – participant région désignée (article 8, LE-335)

#### **Régimes d'assurances – Comité paritaire**

**70** Participation au comité paritaire (article 6.18)

#### **Régimes d'assurances – Congés de maladie accumulés**

**15** Pré-retraite à plein tarif (article 8.01 a) i))

**16** Pré-retraite à demi-tarif (article 8.01 a) i))

#### **Régimes d'assurances – Invalidité**

**10** Assurance invalidité, moins de 5 jours (article 8.02 a) i))

**71** Assurance invalidité, 5 jours et plus (article 8.02 a) i))

**72** Assurance invalidité en période de réadaptation (article 8.02 a) ii))

**88** Congé de maladie et mesure d'isolement

### **1.2.5 Codes d'activité**

Le code d'activité se trouve en vérifiant d'abord si un code a été prévu à la **PARTIE COMPLÉMENTAIRE** nécessitant une **codification spécifique**. Lorsque le code n'est pas disponible dans cette partie, le médecin utilise le code prévu à la **PARTIE GÉNÉRALE**.

La [liste des codes d'activité](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

### **1.2.6 Calendriers des jours fériés**

Les [calendriers des jours fériés](#) sont publiés à titre de référence pour le médecin omnipratien. Ils sont utilisés à la RAMQ pour déterminer, entre autres, les droits du médecin en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux jours fériés comme un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (paragraphe 4.13, [annexe VI de la Brochure n° 1](#)).

De plus, ce tableau est utilisé pour l'application de l'article 3.04 de l'[annexe VI de la Brochure n° 1](#).

## **Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**

### *1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)*

---

Si un jour férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans les calendriers des jours fériés, vous devez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement doivent alors faire parvenir à la RAMQ, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des jours fériés et la date de leur célébration.

## 1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

1. **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**  
Inscrire le prénom et le nom complets du médecin omnipraticien qui a rendu les services;
2. **NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription du médecin omnipraticien attribué par la RAMQ (7 chiffres);
3. **NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si le médecin omnipraticien désire que le paiement soit fait à ce compte administratif selon les dispositions de l'entente en vigueur;
4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :**  
Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;
5. **NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE :**  
Ne rien inscrire;
6. **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :**  
Ne rien inscrire;
7. **DATE DU SERVICE :** Inscrire la date à laquelle le service a été rendu. S'il y a plus d'une date, l'inscrire à la section 8;
8. **SECTION RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :**  
Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par le médecin omnipraticien lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° DU PROFESSIONNEL ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥	DATE DU SERVICE ANNÉE ⑦	MOIS JOUR

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼

8

**SPÉCIMEN**

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE  
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 257 1304

**Remarque :** Ce document ne doit pas être utilisé comme une demande de paiement ou une demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint par un trombone (ne pas agraffer).

## 1.4 Bilan des avantages sociaux

Pour de plus amples renseignements sur le *Bilan des avantages sociaux*, voir l'[annexe VI de la Brochure n° 1](#).

### Sections 1 à 9

1. **NUMÉRO** : Numéro d'inscription du professionnel à la RAMQ.
2. **PÉRIODE DE RÉFÉRENCE** : La période de référence pour laquelle est réalisé le bilan. Elle s'étend du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
3. **STATUT DES CRÉDITS ET DU BILAN** : Le statut des crédits et du bilan est **provisoire** lorsque les crédits, pour la période de référence, ont été établis approximativement. Ils seront à nouveau calculés dès que la facturation du professionnel, pour la période du bilan, sera complétée.  
Le statut est **final** lorsque, pour la période de référence, la facturation est considérée terminée. Les crédits ont été calculés selon cette facturation et, à moins de modifications à celle-ci, ils ne devraient plus changer.
4. **DATE DE DÉPART** : Si le professionnel a cessé ses activités à honoraires fixes durant la période du bilan, la date de départ est la date de fin de son dernier contrat ou avis de service.
5. Description des codes de congés annuels par catégorie.
6. **CODE** : Codes de congés.
7. **UNITÉS** : Unité de mesure du congé. Habituellement en jours, exceptionnellement en heures.
8. **ANNÉES DE RÉFÉRENCE** : Information concernant les congés du professionnel pour la période du bilan, par congé et selon l'unité de mesure spécifiée :

**Crédit** : Valeur des droits de crédits annuels qui ont été calculés.

**Consommés** : Valeur des congés utilisés.

**Payés RAMQ** : Valeur des congés non utilisés qui ont été payés conformément à l'Entente.

**Solde à reporter** : Valeur des congés non utilisés et non payés par la RAMQ qui sont reportés à la période de référence suivante conformément à l'Entente.

9. **CRÉDITS** : Information concernant les crédits de congés du médecin omnipraticien pour la période de référence qui suit celle du bilan.

Les vacances anticipées (32), les congés fériés (40), les congés additionnels (41) et les congés de perfectionnement (09) sont attribués à l'avance selon le maximum annuel possible et selon l'information au dossier du médecin omnipraticien. Ces crédits seront calculés précisément à la fin de la période de référence et feront l'objet du prochain bilan.

La valeur des autres congés provient du « solde à reporter » des congés de l'année du bilan.  
Ex. : La valeur des vacances annuelles (02) vient du « solde à reporter » des vacances anticipées (32) de l'année du bilan.



## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

#### Exemple du bilan des avantages sociaux (sections 1 à 9)

HDB3R01 HD64359 -LHDB3U/HDB3		RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELLS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX		DATE AA-10-23	PAGE 1
NOM: JEAN		① NUMÉRO: 0-00000-0			
PRÉNOM:		② Période de référence du AA-05-01 au AA-04-30			
ADRESSE: DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE ALLEE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7		③ Statut des crédits et du bilan: <b>FINAL</b>			
⑤		⑥ ⑦		④ Date de départ: 00-00-00	
		⑧		⑨	
		AA-AA			
		***** ANNÉES DE RÉFÉRENCE *****			
		CODE UNITÉS		CRÉDITS CONSOMMÉS PAYÉS SOLDE À	
				R.A.M.Q. REPORTER AA-AA CRÉDITS	
<b>Vacances</b>					
Vacances reportées		Jours			
Vacances annuelles		Jours			
Vacances anticipées		Jours			
<b>Férié</b>					
Congé férié		Jours			
<b>Perfectionnement</b>					
Perfectionnement		Jours			
Perfectionnement reporté		Jours			
<b>Message:</b> Ayant reçu votre première facturation du mois de mai de la nouvelle année de référence nous considérons avoir reçu toute votre facturation pour l'année terminée. Nous estimons donc que ces résultats sont finaux.					
<b>Préparé par:</b> Le service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires.					
Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec un représentant du Centre d'assistance aux professionnels					
Québec ..... 418 643-8210					
Montréal..... 514 873-3480					
Ailleurs au Québec 1 800 463-4776 (Sans frais d'interurbain)					

## **1.5 État de la facturation**

---

Pour de plus amples renseignements sur l'*État de la facturation*, voir l'[annexe VI de la Brochure n° 1](#).

### **Sections 1 à 12**

1. Numéro d'inscription du professionnel à la RAMQ.
2. Nom et adresse postale fournis par le professionnel pour l'envoi de son courrier.
3. Information concernant les avis de service ou les contrats du professionnel pour la période de référence :
  - Le numéro d'établissement du contrat;
  - La date de début;
  - La date de fin;
  - Les heures hebdomadaires;
  - Le territoire de tarification.
4. La période de référence pour laquelle est réalisé l'état de facturation. Elle s'étend toujours du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
5. Les années de service accumulées, selon les fichiers de la RAMQ, **à la fin** de la période de référence précédente ou en début de la période courante.
6. Section regroupant les différentes moyennes de traitement hebdomadaire utilisées durant la période ainsi que la moyenne, selon l'article 1.24, de la période suivante lorsque celle-ci est établie (référence à l'annexe des avantages sociaux).
7. Valeur de la moyenne journalière et période durant laquelle elle est utilisée.
8. Désignation du type de la moyenne du traitement hebdomadaire.
9. Période durant laquelle ont été sélectionnées les semaines nécessaires au calcul de la moyenne.
10. Maximum admissible des heures de base et de garde pour le calcul de la moyenne.
11. Total des heures cumulées pour le calcul de la moyenne.
12. Détail des semaines sélectionnées pour le calcul de la moyenne.
  - 12.1 Le numéro d'établissement où les heures ont été facturées.
  - 12.2 La date du dimanche de la semaine sélectionnée.
  - 12.3 Les heures de base et de garde cumulées pour la semaine dans l'établissement.

## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

#### Exemple de l'état de la facturation (sections 1 à 12)

HDB2R01	HD54359L-HDB2U/HDB2	RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-20AA	DATE AA-06-14	PAGE 1
① NUMÉRO: 0-00000-0				
NOM: UNTEL				
② PRÉNOM: JEAN				
ADRESSE: DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7				
③				
④ ***PÉRIODE DE RÉFÉRENCE*** Du AA-05-01 au AA-04-30				
⑤ ***ANNÉES DE SERVICE*** Années de service reconnues au AA-04-30: 12,78				
⑥ ***TRAITEMENT HEBDOMADAIRE***				
⑦ Moyenne pour la période du AA-05-01 au AA-09-15: 7,00				
⑧ Type de la moyenne du traitement hebdomadaire: Moyenne des congés maternité/invalidité (art. 1.12)				
⑨ ⑩ ⑪				
**RECHERCHE** MAXIMUM DES HEURES ADMISSIBLES TOTAL DES HEURES CUMULÉES				
DÉBUT FIN BASE GARDE BASE GARDE				
AA0429 AA1105				
Semaines sélectionnées:				
⑫.1 ⑫.2 ⑫.3				
HEURES HEURES HEURES HEURES				
ÉTABLIS. SEMAINE BASE GARDE SEMAINE BASE GARDE SEMAINE BASE GARDE SEMAINE BASE GARDE				

#### Sections 13 à 16

13. Conciliation des soldes de temps supplémentaire de début et de fin de période.
  - 13.1 Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de l'année de référence précédente.
  - 13.2 Total des heures supplémentaires accumulées durant la période de référence.
  - 13.3 Total des heures supplémentaires accumulées qui ont été remises en temps ou payées durant la période de référence.
  - 13.4 Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de la période de référence ou jusqu'à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
14. Détail du solde de temps supplémentaire à la fin de la période, par établissement et par date d'accumulation.
  - 14.1 Numéro de l'établissement où le temps supplémentaire a été accumulé.
  - 14.2 Date du samedi de la période de facturation où le temps supplémentaire a été accumulé, sauf pour la dernière semaine de l'année de référence, où le samedi est remplacé par le 30 avril.

## Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte

### 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

- 14.3** Date limite pour reprendre en temps les heures accumulées. Au-delà de cette date, les heures non remises seront payées au professionnel.
- 14.4** Total des heures supplémentaires accumulées pour la période de facturation.
- 14.5** Solde par période de facturation; heures accumulées moins les heures remises en temps.
- 14.6** Total du temps supplémentaire accumulé, non remis en temps et non payé, à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
- 15.** Cette section paraît si le professionnel a bénéficié de congés sans rémunération au cours de la période de référence. On y voit la description du congé, le code de congé et les dates de début et de fin du congé.
- 15.1** La durée du congé indique, lorsque cela s'applique, si le congé sans traitement est partiel ou total.
- 15.2** Les heures de prolongation indiquent, dans le cas d'un congé partiel sans traitement, le nombre d'heures de présence au travail.
- 16.** Sommaire des crédits de congés et de leur consommation. On y montre les crédits de congés, en jours ou en heures, selon le cas, dont le professionnel dispose en début de période de référence, la consommation cumulée à la date de la dernière période de facturation présente sous la rubrique *Sommaire de la facturation* et le solde à ce même moment.

#### Exemple de l'état de la facturation (sections 13 à 16)

HDB2R01	HD54359L-HDB2U/HDB2	RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA -20AA	DATE AA-06-14	PAGE 2
NUMÉRO:	0-00000-0			
NOM:	UNTEL			
PRÉNOM:	JEAN			
<b>13</b>	*** SOMMAIRE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE ***			
<b>13.1</b>	<b>13.2</b>	<b>13.3</b>	<b>13.4</b>	
SOLDE AU	ACCUMULATION	REMISE	SOLDE AU	
29 AVRIL AA			28 AVRIL AA	
<b>14</b>	ACCUMULATION PAR ÉTABLISSEMENT ET DATE MAXIMUM POUR REMISE:			
<b>14.1</b>	<b>14.2</b>	<b>14.3</b>	<b>14.4</b>	<b>14.5</b>
ÉTABLISSEMENT	DATE	DATE MAXIMUM	HEURES	SOLDE
	ACCUMULATION	POUR REMISE	ACCUMULÉES	
<b>15</b>	*** CONGÉ SANS RÉMUNÉRATION ***			
Pour la période de référence du AA-05-01 au AA-04-30:				
				<b>14.6</b>
				<b>15.1</b>
				<b>15.2</b>
	DESCRIPTION	CODE	DATE DÉBUT	DATE FIN
	Congé parental	60	AA0918	AA1124
			DURÉE DU CONGÉ	HEURES PROLONGATION
<b>16</b>	*** SOMMAIRE DES CRÉDITS DE CONGÉS ET DE CONSOMMATION ***			
POUR L'ANNÉE DE COMPTABILISATION: 2000-2001				
	DESCRIPTION	CODE	UNITÉ DES CRÉDITS	CRÉDITS
	Vacances annuelles			CONSOMMATION
	Vacances anticipées			SOLDE
	Congé férié annuel/férié en période d'invalidité			
	Perfectionnement			
	Perfectionnement reporté			

17. Sommaire de la facturation. Cette section montre le détail de la facturation pour chaque semaine de la période de référence.
18. Dates de début et de fin de la période de facturation (du dimanche au samedi).
19. Numéro d'établissement.
20. Numéro de la demande de paiement soumise par le professionnel ou l'inscription « RRI » s'il s'agit d'un règlement effectué par la RAMQ.
21. Total des heures d'activités travaillées au cours de la semaine plus les heures payées en congé ou en remise de temps.
22. Heures travaillées, excluant les heures supplémentaires (accumulées ou payées) et les heures de garde.
23. Heures supplémentaires payées.
24. Heures supplémentaires accumulées.
25. Heures remises en temps ou payées par la RAMQ.
26. Heures payées en garde sur place et en garde en disponibilité.
27. Codes de congés facturés pour la période de facturation.
28. Nombre de jours de congés.
29. Valeur en heures des jours de congés.
30. Totaux des heures et des congés pour la période de référence.

HDB2R01	HD54359L-HDB2U/HDB2	RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE: 20AA-20AA	DATE	AA-06-14	PAGE	3
---------	---------------------	---	------	----------	------	---

  

NUMÉRO: 0-00000-0	
NOM: UNTEL	
PRÉNOM: JEAN	

  

\*\*\* SOMMAIRE DE LA FACTURATION \*\*\* (17)

Période du AA-05-01 au AA-04-30

  

(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	
***** HEURES *****												
***** CONGÉS *****												
---SEMAINE---		NUMÉRO	TOTAL		---SUPPLÉMENTAIRES---		---DE GARDE---		JOURS		HRES.	
DÉBUT	FIN	ETAB.	NCE	SEMAINE	RÉGUL.	PAYÉES	ACCUM.	REMISES	PLACE	DISPO.	CODE	FACT.
											REMU.	
											CODE	FACT.
											REMU.	

  

TOTAUX: (30)

  

\*\*\* DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉS UTILISÉS \*\*\*

CODES	DESCRIPTION
01	Maternité
02	Vacances annuelles
09	Perfectionnement
40	Congé férié annuel / férié en période d'invalidité

## 2 DEMANDE DE PAIEMENT – RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE, HONORAIRES FORFAITAIRES ET VACATION (1215) ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE – CONSIDÉRATION SPÉCIALE (1944)

### 2.1 Avant-propos

---

La RAMQ met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode de la vacation, du tarif horaire et du *per diem* la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la RAMQ n'accepte plus la demande de paiement en version papier.

Cette demande de paiement peut être remplie et transmise par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#) de la RAMQ. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne.

Le médecin omnipraticien qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet [Formulaire](#). Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et qui sont nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

Toute erreur ou omission (date, code, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année, mois, jour** en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar (\$)**.

#### Rémunération différente

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins omnipraticiens rémunérés selon les modes de la vacation, du tarif horaire et du *per diem*. Pour plus d'information sur la rémunération différente, consultez les annexes XII et XII-A de l'Entente dans la *Brochure n° 1* ainsi que la rubrique [Rémunération différente](#).

La [liste des localités](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la RAMQ, lorsque la rémunération différente s'applique.

**Remarque :** Le *per diem* de cette section est différent de celui de la section *Rémunération mixte*. Assurez-vous de vous référer à la section qui vous concerne. La rémunération mixte prévoit le paiement d'un *per diem* auquel s'ajoute un pourcentage de certains actes (voir la section 3.0).

## **2.2 Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) – Description du formulaire**

---

La demande de paiement comporte 13 sections :

1. Numéro de contrôle externe;
2. Identité du médecin omnipraticien ayant rendu les services assurés;
3. Désignation de l'établissement où les services ont été rendus;
4. Période de facturation;
5. Quantième;
6. Indication des activités et des heures effectuées;
7. Total des heures travaillées;
8. C. S. (Considération spéciale);
9. Renseignements complémentaires;
10. Nombre de documents annexés;
11. Frais de déplacement;
12. Signature du professionnel ou du mandataire;
13. Attestation de l'établissement.

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)**  
**et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**Formulaire Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)**

<b>NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE</b> ①		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM ②		NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				C.S. ⑧	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS ⑩																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM ③		NUMÉRO		<b>PÉRIODE</b> CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE ④																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
				DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
				SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">QUANTIÈME</th><th colspan="4">ACTIVITÉS</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th><th rowspan="2">RÉF.</th><th rowspan="2">CODE D'ACTIVITÉ</th><th rowspan="2">SECTEUR DISP.</th><th rowspan="2">HEURES TRAVAILLÉES</th></tr><tr><th>MODE DE RÉMUNÉRATION</th><th>PLAGE HORAIRE (cocher)</th><th>NUIT</th><th>AM</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="13">⑤</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>13 ⑥</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>						QUANTIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	NUIT	AM	⑤					1					2					3								4					5					6								7					8					9								10					11					12								13 ⑥					14					15								16					17					18								19					20					21								22					23					24								25					26					27								28					29					30								31					32					33								34					35					36								37					38					39								40					41					42								43					44					45			
QUANTIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.		CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.													CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.		CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES																																																																																																																																																																																																																																																																											
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	NUIT	AM																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
⑤					1					2					3																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					4					5					6																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					7					8					9																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					10					11					12																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					13 ⑥					14					15																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					16					17					18																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					19					20					21																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					22					23					24																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					25					26					27																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					28					29					30																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					31					32					33																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					34					35					36																																																																																																																																																																																																																																																																																										
					37					38					39																																																																																																																																																																																																																																																																																										
				40					41					42																																																																																																																																																																																																																																																																																											
				43					44					45																																																																																																																																																																																																																																																																																											
TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES ⑦																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b> ⑨																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>FRAIS DE DÉPLACEMENT</b> CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE KM MONTANT RÉCLAMÉ																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>HEURES DE DÉPLACEMENT</b> NOMBRE ⑪																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ⑫ DATE ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ⑬ DATE ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

1215 292 19/01 LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**Remarque :** La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le professionnel puisse inscrire un numéro de contrôle externe à 4 chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.



## 2.2.1 Rédaction de la demande de paiement

### 2.2.1.1 Section 1

#### Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de paiement à remplir par le médecin omnipraticien et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

### 2.2.1.2 Section 2

#### Identité du médecin omnipraticien ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité du médecin omnipraticien sont les suivants :

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **NUMÉRO DU GROUPE** : le numéro de groupe (il s'agit d'un numéro de compte administratif attribué par la RAMQ, si le médecin omnipraticien désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels).

### 2.2.1.3 Section 3

#### Désignation de l'établissement où les services assurés ont été rendus

Dans cette section, le médecin omnipraticien doit inscrire :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres).

### 2.2.1.4 Section 4

#### Période de facturation

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **7 jours consécutifs** à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle. Pour les périodes exactes, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#).

#### Exemple pour les sections 1 à 4

DEMANDE DE PAIEMENT				Régie de l'assurance maladie Québec			
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation							
1 NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2				2 PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE	
PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 1 8 9 9 9 4		C.S.	
3 ÉTABLISSEMENT				4 PÉRIODE			
NOM Hôtel-Dieu de Lévis		NUMÉRO 0 3 0 0 8		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE			
				DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI	
				ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
				A A 0 6 1 5		A A 0 6 2 1	

**Remarque :** Le numéro de contrôle externe à 4 chiffres paraît dans toute correspondance liée à la demande de paiement visée.

### 2.2.1.5 Section 5

#### Quantième

Cette section permet au médecin omnipraticien d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus. Le quantième est exprimé en utilisant un nombre de 2 chiffres de 1 à 31.

### 2.2.1.6 Section 6

#### Indication des activités et des heures effectuées

Cette section, qui comporte 15 lignes ou 45 périodes de référence, permet au médecin omnipraticien d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires forfaitaires ou à vacation.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

– **Mode de rémunération :**

VA, qui correspond à la vacation;

PD, qui correspond au *per diem* (là où ce mode s'applique);

TH, qui correspond au tarif horaire.

Le mode de rémunération est requis sur la 1<sup>re</sup> ligne de service. Il est appliqué automatiquement sur les lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant.

– **Plage horaire :**

Le médecin omnipraticien indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en 4 périodes qui sont les suivantes :

Nuit :	de 0 h à 8 h
Avant-midi (AM) :	de 8 h à 12 h
Après-midi (PM) :	de 12 h à 20 h
Soir :	de 20 h à 24 h

**Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation** et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage choisie. La plage horaire est **essentielle**.

#### Exceptions :

- 1) Le médecin omnipraticien pourra indiquer la totalité de la garde sur place ou de la garde en disponibilité d'une journée en cochant les périodes de plage horaire concernées. Cette exception ne sera acceptée que si un même code d'activité est présenté.

#### Exemple

NUIT	AM	PM	SOIR
x	x	x	

Heures de garde sur place : 16 heures

- 2) La RAMQ pourra accepter un dépassement d'au plus 1,5 heure si cela peut éviter au médecin omnipraticien la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

**Exemple 1**

Heure de début : 8 h  
Plage horaire

Heure de fin : 12 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	x		

Heures travaillées : 4,5 h

Cette facturation sera acceptée si le médecin ne travaille pas en après-midi.

**Exemple 2**

Heure de début : 8 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	x		
		x	

Heures travaillées : 4 h

Heures travaillées : 4 h

**La demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraînera le refus du paiement des heures excédentaires de la plage horaire.**

- 3) Le médecin qui travaille dans le cadre de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CCSSS Basse-Côte-Nord peut facturer la totalité des services rendus en cochant toutes les périodes de plage horaire concernées lorsque les services couvrent 24 heures et qu'il n'y a qu'un seul secteur de dispensation visé.

**Exemple**

NUIT	AM	PM	SOIR
x	x	x	x

**– Code d'activité**

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

Le médecin omnipraticien indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire. Étant donné que la garde sur place bonifie les avantages sociaux, il est important pour le médecin d'inscrire distinctement les heures relatives à cette activité. Cependant, le médecin dont les services sont sujets à une majoration du tarif de base, à une exclusion du plafond trimestriel ou autre doit indiquer les heures réelles consacrées à chaque type d'activité au cours de la même plage horaire.

Pour la nomenclature complète, voir la [liste des codes d'activité et leur description](#).

– **Secteur de dispensation (secteur disp.)**

Le code du secteur de dispensation est composé de 2 chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case, sauf dans les situations où le médecin omnipraticien veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, voir les avis de facturation figurant aux annexes IX et XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le médecin est assujéti.

**Remarque :** Si vous utilisez un secteur de dispensation (ex. : 34) et que vous cochez plus d'une plage horaire, assurez-vous que ce secteur de dispensation est autorisé à l'intérieur de toutes ces plages.

Pour la nomenclature complète des codes des secteurs de dispensation, voir la section [Description des codes des secteurs de dispensation](#).

– **Heures travaillées**

Inscrire le nombre d'heures travaillées de 4 chiffres.

**Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi, 3 heures et 45 minutes s'inscrivent 03,75.**

### 2.2.1.7 Section 7

#### **Total des heures travaillées**

Inscrire la somme des heures pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 35 heures.

Dans le cadre de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord, inscrire le détail des heures et des forfaits dans les cases *HEURES TRAVAILLÉES*.

### 2.2.1.8 Section 8

#### **C. S. (Considération spéciale)**

Lettre **A** : Renseignements complémentaires liés à toute circonstance autre que la refacturation.

Le cas échéant, lorsqu'un médecin doit rendre des services dans une localité où le taux de rémunération est différent de celui de l'établissement, il doit inscrire un « **A** » dans cette case et inscrire le numéro de la localité, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu, (de 1 à 45), ainsi que la durée en heures, lorsque différente des heures facturées, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Lettre **B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un **B** dans cette case et inscrire le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**Exemple pour les sections 5 à 8**

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				<b>Régie de l'assurance maladie</b> <b>Québec</b>	
PROFESSIONNEL PRENOM _____ NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____		C.S. <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">8</span> A		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES _____	
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE					
		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____			

  

**5**

**6 ACTIVITÉS**

QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM	SOIR												
1,6	TH		X			1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2				3			
1,6	TH			X		4	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	5	0,0,2,0,3,0	0,1	0,1,0,0	6			
1,7	TH		X			7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8				9			
1,7	TH			X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	11				12			
1,8	TH		X			13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	14				15			
1,8	TH			X		16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	17				18			
1,9	TH		X			19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	20				21			
1,9	TH			X		22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	23				24			
2,0	TH		X			25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	26				27			
2,0	TH			X		28	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	29				30			
						31				32				33			
						34				35				36			
						37				38				39			
						40				41				42			
						43				44				45			

**7** TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,3,5,0,0

### 2.2.1.9 Section 9

#### Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la section 8, **la lettre A** ou **B** dans la case C. S. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944). Voir la section [Expédition](#) du présent guide pour l'envoi.

### 2.2.1.10 Section 10

#### Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Voir la section [Expédition](#) du présent guide pour l'envoi.

### 2.2.1.11 Section 11

#### Frais de déplacement

Cette section permet au médecin omnipraticien d'indiquer un déplacement autorisé, effectué pour se rendre à l'établissement, s'il a utilisé son véhicule personnel et ne facture que des frais de kilométrage, en plus du temps de déplacement (**dans ce cas, ne pas fournir les reçus d'essence**).

Elle comporte les éléments suivants :

- code postal de départ (lieu de travail habituel);
- code postal d'arrivée (établissement visité);
- date d'arrivée (année, mois, jour);
- heure d'arrivée;
- distance totale en kilomètres;
- montant facturé;
- nombre d'heures de déplacement.

**Note :** Si le code postal couvre un grand territoire, vous pouvez inscrire l'adresse de l'établissement de départ ou de l'établissement visité pour plus de précision.

**Le nombre de kilomètres facturé est la distance unidirectionnelle du déplacement. Cette distance doit être calculée en fonction du code postal du lieu de départ situé au Québec et de celui de l'établissement visé.** Toujours préciser votre point de départ dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

**Remarque :** Il n'est pas nécessaire de fournir des pièces justificatives pour l'utilisation d'un véhicule personnel.

Pour facturer des frais de transport **autres que ceux reliés à l'utilisation du véhicule personnel** ou lorsqu'une **description plus détaillée** des déplacements effectués est requise, veuillez remplir le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988). Dans cette situation, **ne rien inscrire** aux sections *FRAIS DE DÉPLACEMENT* et *HEURES DE DÉPLACEMENT* de la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215).

Si vous êtes visé par une lettre d'entente ou un accord prévoyant uniquement le paiement du temps de déplacement (**code 002092**), veuillez vous référer à cette lettre d'entente ou à cet accord pour les instructions de facturation.

### 2.2.1.12 Section 12

#### Signature du professionnel ou du mandataire

- **Prénom et nom en lettres moulées :**

Le médecin omnipraticien ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettre moulées dans les cases appropriées, conformément au [Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement](#).

- **Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :**  
 La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par le médecin omnipraticien dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire, dans les cases appropriées.

### 2.2.1.13 Section 13

#### Attestation de l'établissement

- **Prénom et nom en lettres moulées :**  
 La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.
- **La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :**  
 La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par un signataire autorisé par l'établissement dans les cases appropriées.

#### Exemple pour les sections 9 à 13

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS (10) 1	
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____	NOM _____	N° DU PROFESSIONNEL _____	N° DU GROUPE _____
		C.S. _____	

  

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** 9

---



---



---

  

<b>11 FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>		CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)		CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)		DATE D'ARRIVÉE		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RÉCLAMÉ	
		Lévis		Beauceville		A A 0 6 2 1		0 9 0 0		0 0 8 0		0 6 8 8 0	
<b>HEURES DE DÉPLACEMENT</b>		NOMBRE		0 1 0 0									

  

<b>12 SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b>				<b>13 ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>			
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES		PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES	
Pierre		Untel		Jacques		Responsable	
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. <i>Pierre Untel</i>				LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. <i>Jacques Responsable</i>			
DATE		DATE		DATE		DATE	
A A 0 6 2 6		A A 0 6 2 6		A A 0 6 2 6		A A 0 6 2 6	

**LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**

### 2.2.2 Mode de rémunération

Le médecin omnipraticien peut se référer aux exemples illustrés dans les pages suivantes, selon son mode de rémunération. Il doit tenir compte des codes d'activités spécifiques à son entente et des instructions de la section [Rédaction de la demande de paiement](#).



**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.1 Exemple A : Vacation**

Pour tarif horaire, voir l'exemple pour les sections 5 à 8.

DEMANDE DE PAIEMENT										Régie de l'assurance maladie Québec						
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation																
PROFESSIONNEL				NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.						
PRENOM										NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS						
ÉTABLISSEMENT				NUMÉRO		PÉRIODE										
NOM						CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE			DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI				
									ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR				
ACTIVITÉS																
QUANTITÉ	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
1,6	VA		X		1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2				3			
1,6	VA			X	4	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0	5	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	6			
1,7	VA			X	7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,6,0,0	8				9			
1,8	VA		X		10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	11				12			
1,8	VA			X	13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	14				15			
1,9	VA		X		16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,5,0	17				18			
2,0			X		19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,5,0	20				21			
					22				23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			
												TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		0,3,0,0,0		



**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.2 Exemple B : Garde en disponibilité (santé publique)**

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____			
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL _____	N° DU GROUPE _____
		C.S. _____	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	
		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A M M 1 5	
		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A M M 2 1	

  

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	NUIT	AM												
1 6	TH	X			1	1, 1, 5, 0, 3, 7		0, 3, 5, 0	2				3			
1 6	TH		X		4	1, 1, 5, 0, 3, 7		0, 3, 5, 0	5	1, 1, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	6			
1 6	TH			X	7	1, 1, 5, 0, 2, 9		0, 0, 6, 3	8				9			
1 7	TH	X			10	1, 9, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	11	1, 9, 5, 0, 3, 7		0, 3, 0, 0	12			
1 7	TH		X		13	1, 9, 5, 0, 3, 7		0, 3, 5, 0	14	1, 9, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	15			
1 8	TH	X		X	16	1, 8, 5, 0, 2, 9		0, 1, 5, 0	17				18			
1 8	TH	X			19	1, 8, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	20	1, 9, 5, 0, 3, 7		0, 3, 0, 0	21			
1 8	TH		X		22	1, 8, 5, 0, 3, 7		0, 3, 5, 0	23	1, 9, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	24			
1 9	TH	X	X		25	1, 4, 5, 0, 2, 9		0, 1, 2, 5	26				27			
1 9	TH			X	28	1, 4, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	29	1, 4, 5, 0, 3, 7		0, 3, 0, 0	30			
2 0	TH	X			31	1, 5, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	32	1, 5, 5, 0, 3, 7		0, 3, 0, 0	33			
2 0	TH		X		34	1, 5, 5, 0, 3, 7		0, 3, 5, 0	35	1, 5, 5, 0, 2, 9		0, 0, 1, 3	36			
2 1	TH	X	X	X	37	1, 6, 5, 0, 2, 9		0, 3, 0, 0	38				39			
1 5	TH	X			40	1, 7, 5, 0, 2, 9		0, 3, 0, 0	41				42			
					43				44				45			

  

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0, 3, 9, 9, 2
------------------------------------	---------------

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.3 Exemple C : Dépannage Grand-Nord (per diem)**

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		
PROFESSIONNEL PRENOM <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		NOM <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	N° DU PROFESSIONNEL <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	N° DU GROUPE <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	C.S. <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
ÉTABLISSEMENT NOM <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			NUMÉRO <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		
			DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A M M 1 5		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A M M 2 1	

  

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM	SOIR												
1 5	TH			X		1	0 0 9 0 3 0	0 1	0 6 0 0	2				3			
1 6	PD	X				4	0 0 9 0 3 0	0 1	0 4 0 0	5				6			
1 6	PD			X		7	0 0 9 0 3 0	0 1	0 5 0 0	8				9			
1 7	PD	X	X			10	0 0 9 0 3 0	0 1	0 9 0 0	11				12			
1 7	TH				X	13	0 0 9 0 8 1	0 1	0 4 0 0	14				15			
1 8	PD	X				16	0 0 9 0 3 0	0 1	0 3 0 0	17				18			
1 8	PD			X		19	0 0 9 0 3 0	0 1	0 6 0 0	20				21			
1 8	TH				X	22	0 0 9 0 8 1	0 1	0 4 0 0	23				24			
1 8	TH	X				25	0 0 9 0 8 1	0 1	0 6 0 0	26				27			
1 9	TH		X			28	0 0 9 0 3 0	0 1	0 4 0 0	29				30			
1 9	TH			X		31	0 0 9 0 3 0	0 1	0 7 0 0	32				33			
1 9	TH				X	34	0 0 9 0 3 0	0 1	0 2 0 0	35				36			
2 0	TH	X				37	0 0 9 0 8 1	0 1	0 3 0 0	38				39			
2 0	TH			X		40	0 0 9 0 8 1	0 1	0 8 0 0	41				42			
2 0	TH				X	43	0 0 9 0 8 1	0 1	0 4 0 0	44				45			

  

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 7 5 0 0
------------------------------------	-----------

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.4 Exemple D : Dépannage en obstétrique**

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>											
PROFESSIONNEL PRENOM _____		NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL _____		N° DU GROUPE _____		C.S. _____		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____							
ÉTABLISSEMENT NOM _____				NUMÉRO _____		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE											
C.H. Lac Mégantic				0 1 1 2 3		DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI								
						ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR						
						A	A	0	6	1	5	A	A	0	6	2	1

  

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
1 6	TH	X	1	0 0 9 0 0 6		0 4 0 0	2				3			
1 6	TH		4	0 0 9 0 0 6		0 5 0 0	5				6			
1 7	TH	X	7	0 0 9 0 0 6		0 4 0 0	8				9			
1 7	TH		10	0 0 9 0 0 6		0 5 0 0	11				12			
			13				14				15			
			16				17				18			
			19				20				21			
			22				23				24			
			25				26				27			
			28				29				30			
			31				32				33			
			34				35				36			
			37				38				39			
			40				41				42			
			43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 1 8 0 0
------------------------------------	-----------

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.5 Exemple E : Dépannage en anesthésie**

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>			
PROFESSIONNEL PRENOM <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		NOM <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	N° DU PROFESSIONNEL <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	N° DU GROUPE <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	C.S. <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
ÉTABLISSEMENT NOM <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			NUMÉRO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE			
C.H. Lac Mégantic			0 1 1 2 3			DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR	SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR
						A A 0 6 1 5	A A 0 6 2 1

  

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS		RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)												
	NUIT	AM	PM	SOIR										
1 6	TH	X				0,4 0,0	2				3			
1 6	TH		X			0,5 0,0	5				6			
1 7	TH	X				0,4 0,0	8				9			
1 7	TH		X			0,5 0,0	11				12			
							14				15			
							17				18			
							20				21			
							23				24			
							26				27			
							29				30			
							32				33			
							35				36			
							38				39			
							41				42			
							44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 1 8 0 0
------------------------------------	-----------

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.6 Exemple F : Dépannage RRSSS Nunavik, CCSSS Baie-James et CSSS Basse-Côte-Nord (per diem et forfait)**

DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
PROFESSIONNEL PRENOM _____ NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	N° DU GROUPE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
		C.S. <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
ÉTABLISSEMENT NOM Centre de santé Tulattavik		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             DÉBUTANT LE DIMANCHE              ANNÉE MOIS JOUR              A A 0 2 0 2           </div> <div>             SE TERMINANT LE SAMEDI              ANNÉE MOIS JOUR              A A 0 2 0 8           </div> </div>	
NUMÉRO 0 1 6 0 3			

  

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
			NUIT	AM	PM	SOIR												
0 3	PD			X	X		1	0 0 9 0 3 0	3 6	0 9 0 0	2				3			
0 3	PD	X				X	4	0 0 9 0 9 5	0 7	0 8 0 0	5				6			
0 4	PD	X	X	X	X		7	0 0 9 0 9 5		0 9 0 0	8				9			
0 5	PD			X	X		10	0 0 9 0 3 0	0 7	0 9 0 0	11				12			
0 5	PD	X				X	13	0 0 9 0 9 5	0 7	0 3 0 0	14				15			
0 6	PD				X		16	0 0 9 0 3 0	0 7	0 4 0 0	17				18			
0 6	PD	X	X	X	X		19	0 0 9 0 9 5		0 9 0 0	20				21			
							22								24			
							23								25			
							24								26			
							25								27			
							26								28			
							27								29			
							28								30			
							29								31			
							30								32			
							31								33			
							32								34			
							33								35			
							34								36			
							35								37			
							36								38			
							37								39			
							38								40			
							39								41			
							40								42			
							41								43			
							42								44			
							43								45			
							44											
							45											

  

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0 5 1 0 0
------------------------------------	-----------



**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et**  
**Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**

**2.2.2.7 Exemple G : CLSC avec majoration**

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>					
PROFESSIONNEL PRENOM <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		NOM <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		N° DU PROFESSIONNEL <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>		N° DU GROUPE <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>		C.S. <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	
ÉTABLISSEMENT NOM <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>				NUMÉRO <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div>		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE					
CLSC Rimouski-Neigette				9   3   4   4   2		DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI		
						ANNÉE A   A	MOIS 0   7	JOUR 1   1	ANNÉE A   A	MOIS 0   7	JOUR 1   7

  

QUAN- TIÈME	MODE DE REMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	
		NUIT	AM	PM	SOIR													
1   4	TH			X		1	0   0   2   0   3   0		0   4   0   0	2	0   0   2   0   3   0	2   3	0   2   0   0	3				
1   4	TH				X	4	0   0   2   0   3   0	2   4	0   2   0   0	5				6				
1   6	TH			X		7	0   0   2   0   3   0		0   4   0   0	8	0   0   2   0   3   0	2   5	0   2   0   0	9				
1   6	TH				X	10	0   0   2   0   3   0	2   6	0   2   0   0	11				12				
						13				14				15				
						16				17				18				
						19				20				21				
						22				23				24				
						25				26				27				
						28				29				30				
						31				32				33				
						34				35				36				
						37				38				39				
						40				41				42				
						43				44				45				

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0   1   6   0   0
------------------------------------	-------------------

### 2.2.3 Expédition

Lorsque vous utilisez le service en ligne [Facturation – Formulaires](#), votre responsable d'autorisation transmet la demande de paiement à la RAMQ.

Lorsque vous utilisez le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I), l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la RAMQ. Vous devez remettre une copie à l'établissement et vous ou votre agence devez conserver 5 ans une copie portant les 2 signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements de la RAMQ.

Selon le service, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la RAMQ avec la demande de paiement. Selon le logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un document de facturation ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et **fournir les pièces justificatives** afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne Facturation – Formulaires ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu par la RAMQ;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes votre numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- transmettre à la RAMQ la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

**Vous pouvez faire parvenir ces documents à la RAMQ de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.**

#### **Par la poste**

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être transmis dans une même enveloppe à l'adresse suivante :

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

#### **Par télécopieur**

418 643-7585

## **2.2.4 Description des codes des secteurs de dispensation**

### **Codes s'appliquant dans tout centre exploité par un établissement**

- 01** Clinique externe
- 02** Moyen séjour
- 03** Courte durée (section générale)
- 04** Longue durée – Soins prolongés
- 05** Soins intensifs
- 06** Unité de soins coronariens
- 07** Service d'urgence
- 08** Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 09** Hôpital de jour
- 10** Hôpital à domicile
- 11** Laboratoire
- 13** Service en gériatrie (dans un centre hospitalier psychiatrique)
- 23** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (du lundi au jeudi de 18 h à 20 h à l'exception des jours fériés)
- 24** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (du lundi au jeudi de 20 h à 22 h à l'exception des jours fériés)
- 25** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (vendredi de 18 h à 20 h à l'exception des jours fériés)
- 26** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (vendredi de 20 h à 22 h à l'exception des jours fériés)
- 27** CLSC sauf les services d'urgence, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 28** Clinique réseau – Sans rendez-vous (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 29** Au près d'un malade admis (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 30** Au près d'un malade admis (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 31** Au près d'un malade admis (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 32** Service d'urgence d'un établissement (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 33** Service d'urgence d'un établissement (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 34** Service d'urgence d'un établissement (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 35** Service d'urgence d'un établissement (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 36** Services cliniques dans un territoire désigné (EP 32 – RRSSS NUNAVIK – CCSSS BAIE-JAMES – CCSSS BASSE-CÔTE-NORD) (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)



Pour le médecin rémunéré au *per diem* et à forfait dans le cadre de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord, voir les instructions de facturation de cette entente pour les particularités d'utilisation du secteur de dispensation 36.

- 37 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du lundi au vendredi de 8 h à 20 h à l'exception des jours fériés)
- 38 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 39 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (vendredi de 20 h à 24 h à l'exception des jours fériés)
- 40 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h)
- 41 Prise en charge d'un service d'urgence (*Lettre d'entente n° 132*) (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)
- 42 Au près d'un malade admis (samedi, dimanche ou journée fériée de 0 h à 8 h)
- 43 EP 24 – Santé publique (du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié de 20 h à 24 h)
- 44 EP 24 – Santé publique (samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h)
- 45 EP 24 – Santé publique (du dimanche au samedi de 0 h à 8 h)

**Remarque :** L'article 5 de l'annexe IX de l'Entente prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Vous devez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir l'annexe IX de la *Brochure n° 1*).

L'annexe XX de l'Entente prévoit une majoration durant les horaires défavorables pour certains codes d'activité et établissements. Vous devez vous y référer pour connaître le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation (voir l'annexe XX de la *Brochure n° 1*).

Il existe aussi des instructions de facturation spécifiques à certains accords, lettres d'entente ou ententes particulières concernant les majorations qui diffèrent de l'annexe XX (voir le document concerné dans la *Brochure n° 1*).

### 2.2.5 Codes d'activité

Le code d'activité se trouve en vérifiant d'abord si un code a été prévu à la **PARTIE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSITANT UNE CODIFICATION SPÉCIFIQUE**. Lorsque le code n'est pas disponible dans cette partie, le médecin utilise le code prévu à la **PARTIE GÉNÉRALE**.

La [liste des codes d'activité](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

## 2.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

14. **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**  
Inscrire le prénom et le nom complets du médecin omnipraticien qui a rendu les services;
15. **NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription du médecin omnipraticien attribué par la RAMQ (7 chiffres);
16. **NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si le médecin omnipraticien désire que le paiement soit fait à ce compte administratif selon les dispositions de l'entente en vigueur;
17. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :**  
Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;
18. **NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE :**  
Ne rien inscrire;
19. **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :**  
Ne rien inscrire;
20. **DATE DU SERVICE :** Inscrire la date à laquelle le service a été rendu. S'il y a plus d'une date, l'inscrire à la section 8;
21. **SECTION RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :**  
Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par le médecin omnipraticien lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	N° DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
①	②	③	④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	DATE DU SERVICE ANNÉE	MOIS JOURS
⑤	⑥	⑦	⑧

### DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

⑧

**SPÉCIMEN**

1944 257 1304  
JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE  
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**Remarque :** Ce document ne doit pas être utilisé comme une demande de paiement ou une demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint par un trombone (ne pas agraffer).

## 2.4 Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) – Description du formulaire

---

Ce formulaire doit être utilisé si vous devez détailler des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation d'une automobile personnelle.

Ce formulaire comprend 6 sections :

1. **PROFESSIONNEL** : Inscrire votre prénom, votre nom et votre numéro d'inscription à la RAMQ.
2. **VOTRE PROFESSION et MODE DE RÉMUNÉRATION** : Indiquer votre profession et spécifier votre mode de rémunération.
3. **DÉPLACEMENT** : Inscrire le code postal du lieu de départ, ainsi que la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, ainsi que la date et l'heure d'arrivée, et le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro. **Ces renseignements sont obligatoires.**
4. **FRAIS DE DÉPLACEMENT** :
  - 4.a **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.
  - 4.b **TEMPS DE DÉPLACEMENT** : Inscrire le temps consacré à ce déplacement, le cas échéant, selon l'Entente, inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant **calculé à 100 %**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
$$\text{kilométrage total (aller-retour)} / 80 \text{ km/h} = \text{durée du déplacement}$$
  - 4.c **MOYEN DE TRANSPORT** : Inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport, lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué, ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux (ou des adresses) du lieu de départ situé au Québec et de l'établissement visité.
  - 4.d **MONTANT TOTAL DES FRAIS** : Inscrire la somme des montants demandés (ne pas additionner le temps de déplacement).
5. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement.
6. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

**Remarque** : Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La RAMQ tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

Lorsque le médecin utilise son véhicule personnel, il **peut** demander le remboursement de ses frais de déplacement sur la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires fixes et vacation* (1215). Cependant, le médecin doit **obligatoirement** utiliser le formulaire 1988 dans les situations suivantes :

- pour demander le remboursement des frais de transport autres que ceux liés à l'utilisation de son véhicule personnel;
- lorsqu'une description plus détaillée des déplacements est requise.

**Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte**  
**2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)**  
**et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)**



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

Avant de remplir le formulaire, veuillez lire  
les [informations importantes](#) qui s'y rapportent.

**Professionnel** ①

PRENOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

**Déplacement** ③

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE
CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT

②

**VOTRE PROFESSION**

- ☐ Dentiste  
☐ Médecin omnipraticien  
☐ Médecin spécialiste

**MODE DE RÉMUNÉRATION**

- ☐ Acte  
☐ Honoraires forfaitaires  
☐ Mixte  
☐ SLE  
☐ Tarif horaire  
☐ Vacation

**Frais de déplacement** ④

Numéro de la demande de paiement  
sur laquelle les honoraires profes-  
sionnels sont facturés.

④a

**TEMPS DE  
DÉPLACEMENT** ④b

NBRE D'HEURES FACTURÉES

TALX HORAIRE

MONTANT (CALCULÉ À 100%)

À L'USAGE DE LA RÉGIE

DATE		MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT	
ANNÉE	MOIS JOUR				
		④c			
		Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE TALX		
			X		
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.				<b>MONTANT TOTAL DES FRAIS</b> ④d	

**Renseignements complémentaires**

⑤


**Signature du professionnel**

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pour les heures qui ont servi à mon déplacement.	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL ⑥	DATE
--	---------------------------------	------

À L'USAGE DE LA RÉGIE


1988 292 16/04

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE  
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**PIÈCES JUSTIFICATIVES** : Les exigences relatives aux pièces justificatives, telles que preuve de location de voiture, reçus d'avion ou de taxi, etc., diffèrent selon le montant total des frais de déplacement à facturer :

- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :**  
**Obligation** de transmettre l'original (pas de photocopie)<sup>1</sup> de chacune des pièces justificatives permettant de justifier la facturation **et** une copie du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) dûment rempli.
- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$ :**  
**Conserver l'original** (pas de photocopie)<sup>1</sup> de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) dûment rempli pendant cinq ans, pour permettre de justifier la facturation aux fins de vérification éventuelle de la RAMQ. Transmettre ce formulaire **sans** copie des pièces justificatives.

Le nombre de kilomètres facturés est la distance unidirectionnelle. Celle-ci se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité.

Ces documents doivent être transmis, **avec une copie de la demande de paiement correspondante**, à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 500, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7B4

Pour l'impression des formulaires à partir du site Web de la RAMQ, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Si au cours de son déplacement le médecin doit facturer certains de ses services selon le mode de la rémunération à l'acte, il pourrait facturer ses frais de déplacement avec la *Facture de frais de déplacement*.

<sup>1</sup> Exception sous certaines conditions pour le billet électronique des compagnies d'aviation. Vous trouverez ces conditions en consultant la rubrique *Frais de déplacement*.

## 3 RÉMUNÉRATION MIXTE

### 3.1 Avant-propos

---

La RAMQ met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles au paiement selon le mode de la rémunération mixte le formulaire [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743).

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et qui sont nécessaires à un traitement adéquat en vue d'en effectuer le paiement.

La facturation des actes payables en supplément des *per diem* et des *demi-per diem* doit se faire avec la Facture de services médicaux.

**Il est important de ne jamais écrire au verso de la demande de paiement** et de remplir le formulaire en lettres moulées.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année, mois, jour** en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar (\$)**.

#### Rémunération différente

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins omnipraticiens rémunérés selon le mode de la rémunération mixte. Voir la rubrique [Rémunération différente \(annexes XII et XII-A\)](#) sous l'onglet *Facturation*.

La [liste des localités](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la RAMQ, lorsque la rémunération différente s'applique.

## 3.2 Demande de paiement – Rémunération mixte (3743) – Description du formulaire

---

La demande de paiement comporte 14 sections :

1. Numéro de contrôle externe;
2. Identité du médecin omnipraticien ayant rendu les services assurés;
3. Désignation de l'établissement où les services ont été rendus;
4. Période de facturation;
5. Horaire;
6. Indication des activités et des heures effectuées;
7. *Per diem*;
8. Total des heures travaillées;
9. Nombre de per diem;
10. C. S. (Considération spéciale);
11. Renseignements complémentaires;
12. Nombre de documents annexés;
13. Signature du professionnel ou du mandataire;
14. Attestation de l'établissement.

Formulaire Demande de paiement – Rémunération mixte (3743)

DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte										Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>							
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <b>1</b>		PROFESSIONNEL PRÉNOM <b>2</b>		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S. <b>10</b>	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES <b>12</b>						
ÉTABLISSEMENT NOM <b>3</b>				NUMÉRO		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE											
DÉPARTEMENT OU SERVICE						DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI								
						ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR								
<b>4</b>																	
(Per diem = 1,0 ou 0,5)																	
HORAIRE				ACTIVITÉS													
QUAN- TITÉ	MODE DE RÉMU- NÉ- RAT- ION	AM	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM
	M X			1				2				3					61
	M X			4				5				6					62
<b>5</b>	M X			7				8		<b>6</b>		9					<b>7</b>
	M X			10				11				12					64
	M X			13				14				15					65
	M X			16				17				18					66
	M X			19				20				21					67
	M X			22				23				24					68
	M X			25				26				27					69
	M X			28				29				30					70
	M X			31				32				33					71
	M X			34				35				36					72
	M X			37				38				39					73
	M X			40				41				42					74
	M X			43				44				45					75
	M X			46				47				48					76
	M X			49				50				51					77
	M X			52				53				54					78
	M X			55				56				57					79
	M X			58				59				60					80
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES <b>11</b>												TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES <b>8</b>		NOMBRE DE PER DIEM <b>9</b>			
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. <b>13</b>												ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. <b>14</b>					
DATE ANNÉE MOIS JOUR												DATE ANNÉE MOIS JOUR					
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																	

3743 202 1/01

**Remarque :** La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le médecin omnipratricien puisse y inscrire un numéro de contrôle externe à 4 chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.



### 3.2.1 Rédaction de la demande de paiement

#### 3.2.1.1 Section 1

##### Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe figure sur la demande de paiement à remplir par le médecin omnipraticien et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

#### 3.2.1.2 Section 2

##### Identité du médecin omnipraticien ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité du médecin omnipraticien sont les suivants :

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **NUMÉRO DU GROUPE** : le numéro de groupe (il s'agit d'un numéro de compte administratif attribué par la RAMQ, si le médecin désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels).

#### 3.2.1.3 Section 3

##### Désignation de l'établissement où les services assurés ont été rendus

Dans cette section, le médecin omnipraticien doit inscrire :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la RAMQ lors de l'inscription du contrat pour la rémunération mixte.

#### 3.2.1.4 Section 4

##### Période de facturation

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **14 jours consécutifs** à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant, pour une période de 2 semaines établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte fourni par la RAMQ (voir la [section 3.4](#)). Dans cette section, vous devez obligatoirement indiquer les dates de début et de fin de la période de 14 jours pertinente du calendrier de rémunération mixte, et ce, même si vous ne travaillez que pendant une partie de cette période.

##### Exemple pour les sections 1 à 4

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte	
<b>1</b> NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2			
<b>2</b> PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL	
		N° DU PROFESSIONNEL 1 8 9 9 9 4	N° DU GROUPE 
		C.S. 	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES 
<b>3</b> ÉTABLISSEMENT NOM Hôpital Laval		NUMÉRO 0 2 0 6 3	
DÉPARTEMENT OU SERVICE 		<b>4</b> PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR A A 0 1 1 1 A A 0 1 2 4	

### 3.2.1.5 Section 5

#### Horaire

- **Quantième**

Cette section permet au médecin omnipraticien d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus. Le quantième est exprimé en utilisant un nombre de 2 chiffres de 1 à 31.

- **Plage horaire**

Cette section permet au médecin d'indiquer la période de la journée où les activités ont été effectuées et, s'il y a lieu, la période de la journée pour laquelle un *demi-per diem* est demandé.

Le médecin indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en 2 périodes qui sont les suivantes :

Avant-midi (AM) : de 7 h à 12 h

Après-midi (PM) : de 12 h à 17 h

Le médecin peut sélectionner une seule plage horaire ou les deux (AM, PM ou les deux) pour une même ligne de facturation. Toutefois, lorsque l'activité chevauche 2 périodes de plage horaire et **qu'un demi-per diem seulement est demandé** pour l'activité, le médecin doit obligatoirement cocher une seule période de plage horaire, selon la période de la journée où le plus grand nombre d'heures a été fait. Dans le cas d'égalité, le médecin doit indiquer un code de plage horaire à son choix. La plage horaire est **essentielle**.

#### Exemples :

Si un médecin effectue 2 heures d'activités de 10 h 30 à 12 h 30 et qu'il demande un *demi-per diem*, il doit cocher seulement la période AM.

Si un médecin effectue 4 heures d'activités de 10 h à 14 h et qu'il demande un *demi-per diem*, il doit cocher une seule période, soit AM ou PM.

### 3.2.1.6 Section 6

#### Indication des activités et des heures effectuées

Cette section, qui comporte 20 lignes ou 60 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il a réalisé des activités visées par la rémunération mixte.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- **Code d'activité**

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

Le médecin indique le code correspondant aux activités accomplies : **008030**.

La [liste des codes d'activité](#) est accessible à la section 3.2.4 du présent guide.

- **Secteur disp. (secteur de dispensation)**

Le secteur de dispensation est composé de 2 chiffres.

Il n'est pas obligatoire de remplir cette case, sauf dans les situations où le médecin veut que ses activités soient comptabilisées aux fins de l'*Entente particulière relative aux activités médicales particulière (AMP)* (51) ou s'il veut profiter des exclusions de plafond ou des majorations d'honoraires prévues à l'Entente. Pour connaître ces situations, voir les avis de facturation figurant aux annexes IX et XX ou aux sections de l'Entente auxquelles le médecin est assujéti.

Pour la nomenclature complète des codes des secteurs de de dispensation, voir la section [Description des codes des secteurs de dispensation](#).

– **Heures travaillées**

Inscrire le nombre d'heures travaillées de 4 chiffres.

**Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi, 3 heures et 45 minutes s'inscrivent 03,75.**

**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 votre nombre d'heures effectuées dans la plage de nuit. Pour la période du retour à l'heure normale, la RAMQ acceptera la facturation d'une heure de plus dans la plage de nuit pour une durée réelle de 9 heures. Lors du passage à l'heure avancée de l'Est, vous devez inscrire vos heures normales travaillées dans la plage de nuit.

**Remarque :** Tous les services médicaux doivent être facturés sur la [Facture de services médicaux – Médecins omnipraticiens](#) des services en ligne ou sur la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606).

Les services rendus de 16 h à 8 h relativement à l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements doivent être facturés selon les modalités de cette entente particulière ou, le cas échéant, selon l'entente générale. Si c'est votre cas, vous ne pouvez facturer d'heures au *per diem* selon le mode de rémunération mixte pendant la même période, soit entre 7 h et 8 h et entre 16 h et 17 h.

### 3.2.1.7 Section 7

**Per diem**

Le médecin omnipraticien doit inscrire le nombre de *per diem* (1) ou de *demi-per diem* (0,5) demandé pour les activités mentionnées sur la ligne.

Le médecin ne peut demander plus d'un *per diem* ou 2 *demi-per diem* par jour.

Aucun *per diem* ou *demi-per diem* ne peut être demandé si aucune heure d'activité n'est présente sur la ligne (voir la remarque à la [section 3.2.1.9](#)).

Pour demander 2 *demi-per diem*, soit un *per diem*, pour un quantième, au moins 3,5 heures d'activités doivent être présentes sur la ligne.

Aucun *per diem* ou *demi-per diem* ne peut être demandé un samedi, un dimanche ou un jour férié, ni pour une journée ou une demi-journée où le médecin demande de la formation continue.

Exemple pour les sections 5 à 7

5 HORAIRE				6 ACTIVITÉS				7 (Per diem = 1.0 ou Demi per diem = 0.5)							
QUANTITÉ	MODE DE RÉMUNÉRATION	AM	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM		
12	M X	X		1	0 0 8 0 3 0	0 3	0 1 2 5	2				3	61 0 5		
13	M X	X		4	0 0 8 0 3 0	0 3	1 0 0 0	5				6	62 1 0		
14	M X		X	7	0 0 8 0 3 0		0 2 5 0	8				9	63 0 5		
15	M X	X		10	0 0 8 0 3 0		0 1 0 0	11				12	64 0 0		
16	M X	X		13	0 0 8 0 3 0		0 1 0 0	14				15	65 0 0		
19	M X			16	0 0 8 0 3 0	0 7	0 3 0 0	17				18	66 0 5		
20	M X	X X		19	0 0 8 0 3 0	0 7	0 5 0 0	20				21	67 1 0		
21	M X	X X		22	0 0 8 0 3 0	0 7	0 2 0 0	23				24	68 0 0		
	M X			25				26				27	69		
	M X			28				29				30	70		
	M X			31				32				33	71		
	M X			34				35				36	72		
	M X			37				38				39	73		
	M X			40				41				42	74		
	M X			43				44				45	75		
	M X			46				47				48	76		
	M X			49				50				51	77		
	M X			52				53				54	78		
	M X			55				56				57	79		
	M X			58				59				60	80		
												TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		NOMBRE DE PER DIEM	
												0 2 5 7 5		3 5	

### 3.2.1.8 Section 8

#### Total des heures travaillées

Inscrire la somme des heures pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, le total des heures travaillées est de 25,75 heures.

### 3.2.1.9 Section 9

#### Nombre de *per diem*

Inscrire la somme des *per diem*. Cette somme ne doit jamais dépasser 10 *per diem* par période de 2 semaines.

**Remarque :** Pour déterminer le nombre maximum de demi-*per diem* qu'un médecin peut demander par période de 14 jours, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues au cours de cette période et on arrondit à l'unité inférieure.

**Exemple 1 :** Ainsi, 27 heures d'activités / 3,5 = 7,71  $\Rightarrow$  7 demi-*per diem* =  $\Rightarrow$  3,5 *per diem*.

**Exemple 2 :** 77 heures d'activités / 3,5 = 22 demi-*per diem* = 11 *per diem*.

Dans ce dernier cas, le médecin doit réviser les *per diem* demandés pour ne pas dépasser 10 *per diem*.

### 3.2.1.10 Section 10

#### C. S. (Considération spéciale)

Lettre **A** : Renseignements complémentaires liés à toute circonstance autre que la refacturation.

Lettre **B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un **B** dans cette case et inscrire le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

### 3.2.1.11 Section 11

#### Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la section 10, la lettre **A** ou **B** dans la case C. S. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944). Voir la section [Expédition](#).

### 3.2.1.12 Section 12

#### Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Voir la section [Expédition](#).

### 3.2.1.13 Section 13

#### Signature du professionnel ou du mandataire

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

Le médecin omnipraticien ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :**

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par le médecin omnipraticien dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire, dans les cases appropriées, conformément au [Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement](#).

### 3.2.1.14 Section 14

#### Attestation de l'établissement

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :**

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par un signataire autorisé par l'établissement dans les cases appropriées.

#### Exemple pour les sections 8 à 14

DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte				Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE					
PROFESSIONNEL	NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	10 C.S.	12 NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES
PRÉNOM				A	2
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				8 TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	9 NOMBRE DE PER DIEM
				0, 2, 5, 7, 5	3, 5
13 SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE		11		14 ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES		PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		DATE: ANNÉE MOIS JOUR		LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.	
<i>Pierre Untel</i>		A, A 0, 1 2, 6		<i>Jacques Responsable</i>	
				DATE: ANNÉE MOIS JOUR	
				A, A 0, 1 3, 0	
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.					

### 3.2.2 Expédition

Pour facturer un per diem ou un congé et **fournir les pièces justificatives** afférentes, vous devez :

- transmettre à la RAMQ la copie portant les 2 signatures;
- remettre une copie à l'établissement;
- conserver 5 ans la une copie portant les 2 signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la RAMQ, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Le médecin doit joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de paiement.

**Il est important d'affranchir suffisamment et de ne pas oublier d'inscrire le nom et l'adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche.**

Les demandes de paiement doivent être transmises dans une enveloppe à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 500, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7B4

### 3.2.3 Description des codes des secteurs de dispensation

Codes s'appliquant dans un centre hospitalier en semaine.

**03** Courte durée (section générale)

**07** Clinique d'urgence

**Remarque :** L'[article 5 de l'annexe IX de l'Entente](#) prévoit l'exclusion de certains services dans le calcul du revenu brut trimestriel. Veuillez vous y référer pour faire le lien avec le secteur de dispensation à utiliser selon votre situation.

### 3.2.4 Description des codes d'activité

**Activités médicales :**

**008030** Services cliniques en anesthésie.

**009030** Services cliniques (pour le dépanneur)

### 3.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

- NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**  
Inscrire le prénom et le nom complets du médecin omnipraticien qui a rendu les services;
- NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL :** Inscrire le numéro d'inscription du médecin omnipraticien attribué par la RAMQ (7 chiffres);
- NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si le médecin omnipraticien désire que le paiement soit fait à ce compte administratif selon les dispositions de l'entente en vigueur;
- NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :**  
Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;
- NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE :**  
Ne rien inscrire;
- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :**  
Ne rien inscrire;
- DATE DU SERVICE :** Inscrire la date à laquelle le service a été rendu. S'il y a plus d'une date, l'inscrire à la section 8;
- SECTION RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :**  
Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par le médecin omnipraticien lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

**Régie de l'assurance maladie Québec**

5344 - PROPOSER DU BLOC DE SERVICE (1)      N° de la demande de paiement (2)      N° de la demande de paiement (3)      N° de la demande de paiement (4)

PROPOSER DU BLOC DE SERVICE (5)      N° de la demande de paiement (6)      N° de la demande de paiement (7)

**DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

SPÉCIMEN

1944 10/15/18

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**Remarque :** Ce document ne doit pas être utilisé comme une demande de paiement ou une demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint par un trombone (ne pasagrafer).

### 3.4 Calendrier des périodes de facturation

La période de facturation du mode de rémunération mixte est de 2 semaines. Les dates inscrites dans la case **PÉRIODE** de la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) doivent correspondre à l'une des périodes du [calendrier des périodes de facturation](#).



### 3.5 Calendrier des jours fériés

---

La période de référence retenue par la RAMQ est du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril de l'année suivante.

Les [calendriers des jours fériés](#) sont publiés à titre de référence pour le médecin omnipratien. Ils sont utilisés à la RAMQ pour déterminer, entre autres, les droits du médecin omnipratien en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux jours fériés.

Si un jour férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans les calendriers des jours fériés, vous devez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement doivent alors faire parvenir à la RAMQ, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des jours fériés et la date de leur célébration.

### 3.6 Tableau du pourcentage des actes

---

#### EP 10 – Anesthésie

Consultez le [tableau du pourcentage des actes](#) à l'annexe II et l'EP 10 – Anesthésie.

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôles 1, 2 et 3 seulement.

**AVIS :** Voir instructions et modificateurs spécifiques pour la facturation de ces actes, en supplément du per diem de la rémunération mixte, dans la [Brochure n° 1, entente particulière en anesthésie, régime C](#).

## 4 PAIEMENT À HONORAIRES FIXES

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le médecin omnipraticien doit soumettre sa demande de paiement dûment remplie dans les **90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu**.

Les renseignements inscrits dans cette section s'adressent aux médecins omnipraticiens rémunérés à **honoraires fixes**.

### 4.1 Mode de paiement

---

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines, sous forme de virement automatique ou de chèque délivré à l'ordre du professionnel traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir un paiement.

Le virement automatique se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 4.2 Délai de paiement

---

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

**Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.**

### 4.3 Facturation informatisée

---

En facturation informatisée, **un rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport, accessible en télécommunication, liste les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger les demandes de paiement sur lesquelles figurent des erreurs de facturation et refacturer les services le plus tôt possible, souvent avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

#### 4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le [Guide des échanges entre les agences de facturation et la Régie de l'assurance maladie du Québec](#).

## 4.4 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

### 4.4.1 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.

#### 4.4.1.1 Renseignements généraux

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

1. **NOM** : Les nom et prénom du médecin omnipraticien.
2. **N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du médecin omnipraticien ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. **N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro d'établissement.
4. **N° 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° 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 8 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.

**ÉTAT DE COMPTE**

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

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NO DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-09-26 (P)	001
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07	20AA-09-16 (T)	002

1 UNTEL ROBERT  
1125 RUE FICTIF  
QUÉBEC QC  
G1K 7T3

2 0-00000-0  
3 00000  
4 00000000 V  
5 20AA-10-07

6 20AA-09-26 (P)  
7 20AA-09-16 (T)  
8 001  
9 002

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :  
Québec : .....(418) 643-8210  
Montréal : .....(514) 873-3480  
Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) : ....1 800 463-4776

SOMMAIRE

OR341 - 4702 - 002007 VOIR AU VERSO

#### Remarque :

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

#### 4.4.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

1. **Messages généraux**
2. **Paielements 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. **Description des gains** : Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, congé rémunéré, etc.).
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**

SOMMAIRE			
<b>MESSAGES GÉNÉRAUX</b> ①			
LES LETTRES PAIEMENT/RECOUVREMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.			
<b>PAIEMENTS ET RETENUS</b> ②			
<b>PAIEMENTS</b>			
DP ou facture payée	0,00		
<b>TOTAL DU PAIEMENT</b>		0,00	
<b>RETENUES</b>			
Modif. facture ou relevé	0,00		
Cotisation synd.	0,00		
<b>TOTAL DES RETENUES</b>		0,00	
<b>MONTANT NET</b>			0,00
<b>DESCRIPTION DES GAINS</b> ③			
	0,00		
<b>DÉDUCTIONS CUMULATIVES</b> ④			
Cotisation synd.	0,00		
<b>DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)</b> ⑤			
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.			
90	Ajustements spéciaux de révision.		

OR341 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

#### 4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction – Sections 1a à 10a

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. **N° DE LA DEMANDE** : Numéro de contrôle externe des demandes de paiement ou des requêtes de règlement interne, par ordre croissant. Lorsque la RAMQ effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- 2a. **DATE DE RÉCEPTION** : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA1128, c'est-à-dire AA pour l'année 20AA, 11 pour novembre et 28 pour le quantième).
- 3a. **CODE TRA** : Numéros se référant au code de la transaction **TRA**.
- 4a. **NATURE DU MONTANT** : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. **TEMPS/KILOM.** : Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a. **MONTANT** : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. **RÉF. DEM.** : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement. Pour une requête de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- 8a. **MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de cet état de compte.
- 9a. **RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. **RÉVISION NOUVELLE** : Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé après révision.

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						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE	
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE DU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-04-07 (T)				002	
UNTEL ROBERT		0-00000-0	0000	000000000 V	20AA-04-18	20AA-03-28 (P)		0R-16		DE 002	
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	TEMPS/KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES 1 2 3	REVISION			
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a		10a	
DÉTAIL DU PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT											
ACTIVITÉS											
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE											
FIN DU RELEVÉ											

OR344 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

#### 4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin omnipraticien est soumis. Il doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

### 4.5 Règlement des demandes de paiement

---

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la RAMQ.

#### 4.5.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par le médecin omnipraticien. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

#### 4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande de paiement paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle**.

#### 4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction **TRA 02, 10 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

#### 4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02, 10, 11 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

Dans ce cas, il y a 2 façons de procéder :

- a) **REFACTURATION : Soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement**.

**IMPORTANT :** Inscrire la lettre **B** dans la case C. S. de la nouvelle demande de paiement et préciser **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que **la date de l'état de compte** sur lequel il figure dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

- b) **RÉVISION : Faire une demande de révision**, si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises. Voir la section 4.6.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction **TRA 03, 05 ou 20** paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

#### 4.5.5 Annulation d'une demande de paiement

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, le médecin omnipraticien doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis dans **un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

**IMPORTANT** : Inscrire la lettre **B** dans la case C. S. de la nouvelle demande de paiement et préciser **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée ainsi que **la date de l'état de compte** sur lequel il figure dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

#### 4.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

Le médecin qui désire modifier des éléments sur une demande de paiement déjà payée ne doit pas soumettre une nouvelle demande, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 4.6.

### 4.6 Demande de révision

---

Le médecin souhaitant que la RAMQ révisé une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le médecin souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander 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 demande de paiement.

Pour toute demande de révision, le médecin doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

#### 4.6.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. **Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.**

**De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :**

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

**Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.**

## 4.7 Demande d'annulation

---

Les demandes de paiement payées que le médecin souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549).

## 4.8 Liste des codes de transaction

---

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un message explicatif.

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

## 4.9 Liste des messages explicatifs

---

La [liste des messages explicatifs](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

## 4.10 Calendriers de paiement

---

Les [Calendriers de paiement](#) sont accessibles sur le site de la RAMQ.



## 5 PAIEMENT À TARIF HORAIRE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le médecin omnipraticien doit soumettre sa demande de paiement dûment remplie dans les **90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu**.

Les renseignements inscrits dans cette section s'adressent aux médecins rémunérés à **tarif horaire**.

### 5.1 Mode de paiement

---

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines, sous forme de virement automatique ou de chèque délivré à l'ordre du professionnel traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir un paiement.

Le virement (*dépôt*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 5.2 Délai de paiement

---

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

**Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.**

### 5.3 Facturation informatisée

---

En facturation informatisée, **un rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport, accessible en télécommunication, liste les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger les demandes de paiement sur lesquelles figurent des erreurs de facturation et refacturer les services le plus tôt possible, souvent avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

#### 5.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le [Guide des échanges entre les agences de facturation et la Régie de l'assurance maladie du Québec](#).

## 5.4 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

### 5.4.1 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.

#### 5.4.1.1 Renseignements généraux

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

- NOM** : Les nom et prénom du médecin omnipraticien.
- N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du médecin omnipraticien ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
- N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
- N° 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**.
- 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.
- 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.
- N° DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
- 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 8 pages.
- 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.

**ÉTAT DE COMPTE**

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

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NO DU PAIEMENT	PAGE
NOM <b>UNTEL ROBERT</b>	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL <b>0-00000-0</b>	NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT <b>00000</b>	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT <b>00000000 V</b>	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE <b>20AA-10-07</b>	<b>20AA-09-26 (P)</b> <b>20AA-09-16 (T)</b>	<b>OR-04</b>	<b>001</b> <b>DE 002</b>

1 UNTEL ROBERT  
1125 RUE FICTIF  
QUÉBEC QC  
G1K 7T3

2 3 4 5 6 7 8

9

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :  
Québec : .....(418) 643-8210  
Montréal : .....(514) 873-3480  
Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) : ....1 800 463-4776

SOMMAIRE

OR341 - 4702 092007 VOIR AU VERSO

#### Remarque :

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

#### 5.4.1.2 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. **Palements 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. **Description des gains** : Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, garde sur place, etc.).
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**
6. **Détails des cumuls des plafonnements** :
  - nom du plafonnement;
  - cumul par période;
  - 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 votre plafonnement 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 paraît sur chacun des états de compte;
- Le message informatif suivant s'affiche lors de l'atteinte du plafonnement :  
Le plafonnement Plaf. trimestriel FMOQ a été atteint le AAAA-MM-JJ pour la période du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ;
- L'information des plafonnements ne sera pas affichée sur l'état de compte à honoraires fixes.

SOMMAIRE			
MESSAGES GÉNÉRAUX ①			
PAIEMENTS ET RETENUES ②			
PAIEMENTS			
DP ou facture payée		00000,00	
TOTAL DU PAIEMENT			00000,00
RETENUES			
Tarif Cpte Annuel	00000	00,00-	
TOTAL DES RETENUES			00,00-
MONTANT NET			00000,00
DESCRIPTION DES GAINS ③		00000,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④			
Cotisation synd. F.M.O.Q.		0000,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ⑤			
(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) ⑥			
PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ			
PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT	
- PLAF TRIMESTRIEL FMOQ	00 000,00\$	00 000,00\$	
MESSAGES			
- LE PLAFONNEMENT PLAF TRIMESTRIEL FMOQ 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

#### 5.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction – Sections 1a à 10a

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivantes :

- 1a. **N° DE LA DEMANDE** : Numéro de contrôle externe des demandes de paiement ou des requêtes de règlement interne, par ordre croissant. Lorsque la RAMQ effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- 2a. **DATE DE RÉCEPTION** : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA-11-28, c'est-à-dire AA pour l'année 20AA, 11 pour novembre et 28 pour le quantième).
- 3a. **CODE TRA** : Numéros se référant au code de la transaction **TRA**.
- 4a. **NATURE DU MONTANT** : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. **TEMPS/KILOM.** : Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.

- 10a. RÉVISION NOUVELLE :** Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé après révision.

**Régie de  
l'assurance maladie**

Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

OR344 4702 306 09/94

**VOIR A L'INVERSE**

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de refacturation auxquels le médecin omnipraticien est soumis. Il doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

## 5.5 Règlement des demandes de paiement

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la RAMQ.

**Remarque** : Le montant payé correspond au nombre d'heures payées multiplié par le tarif en vigueur dans la localité où les services ont été rendus.

### 5.5.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par le médecin omnipraticien. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

### 5.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande de paiement paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle**.

### 5.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction **TRA 02, 10 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

### 5.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02, 10, 11 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

Dans ce cas, il y a 2 façons de procéder :

- a) **REFACTURATION** : **Soumettre une nouvelle demande de paiement**, s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement**.

**IMPORTANT** : Inscrire la lettre **B** dans la case C. S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

- b) **RÉVISION** : **Faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 5.6.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction **TRA 03, 05 ou 20** paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

### 5.5.5 Annulation d'une demande de paiement

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, le médecin omnipraticien doit **soumettre une nouvelle demande de paiement comportant tous les renseignements requis dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

**IMPORTANT** : Inscrire la lettre **B** dans la case C. S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

### 5.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

Le médecin qui désire modifier des éléments sur une demande de paiement déjà payée ne doit pas soumettre une nouvelle demande, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 5.6.

## 5.6 Demande de révision

---

Le médecin souhaitant que la RAMQ révisé une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le médecin souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander 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 demande de paiement.

Pour toute demande de révision, le médecin doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

### 5.6.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. **Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.**

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

## 5.7 Demande d'annulation

---

Les demandes de paiement payées que le médecin souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549).

## 5.8 Liste des codes de transaction

---

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un message explicatif.

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

## 5.9 Liste des messages explicatifs

---

La [liste des messages explicatifs](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

## 5.10 Calendriers de paiement

---

Les [Calendriers de paiement](#) sont accessibles sur le site de la RAMQ.



## 6 PAIEMENT – RÉMUNÉRATION MIXTE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le médecin doit soumettre sa demande de paiement dûment remplie dans les **90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu**.

Les renseignements inscrits dans cette section s'adressent aux médecins rémunérés selon le mode de **rémunération mixte**.

### 6.1 Mode de paiement

---

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines, sous forme de virement automatique ou de chèque émis à l'ordre du médecin traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.

Le virement automatique se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

### 6.2 Délai de paiement

---

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

**Si une demande de paiement ne figure pas sur les états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.**

### 6.3 Facturation informatisée

---

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, liste les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger les demandes de paiement sur lesquelles figurent des erreurs de facturation et refacturer les services le plus tôt possible, souvent avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

#### 6.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les renseignements concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le [Guide des échanges entre les agences de facturation et la Régie de l'assurance maladie du Québec](#).

## 6.4 État de compte

---

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

### 6.4.1 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.

#### 6.4.1.1 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° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du médecin ainsi que son chiffre-preuve (sept chiffres).
3. **N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **N° 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 : lettre P pour *papier* ou T pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
7. **N° 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 8 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.

# ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-10-24 (T)		001	
UNTEL PIERRE	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-04	20AA-10-14 (P)	OR-44	DE 002	

1 UNTEL PIERRE  
1125 GRANDE ALLÉE OUEST  
QUÉBEC QC  
G1K 7T3

9

2

3

4

5

6

7

8

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :  
 Québec : .....418 643-8210  
 Montréal : .....514 873-3480  
 Ailleurs au Québec, en Ontario  
 et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ....1 800 463-4776

SOMMAIRE

OR341 - 4702 09/2007 VOIR AU VERSO

**Remarque :** Cet exemple illustre un état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

#### 6.4.1.2 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. **Palements 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. **Description des gains :** Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier).
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**
6. **Détails des cumuls des plafonnements :**
  - nom du plafonnement;
  - cumul par période;
  - 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 votre plafonnement 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 paraît sur chacun des états de comptes;
- 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;
- L'information des plafonnements ne sera pas affichée sur l'état de compte à honoraires fixes.

SOMMAIRE			
MESSAGES GÉNÉRAUX ①			
PAIEMENTS ET RETENUES ②			
PAIEMENTS			
DP ou facture payée		00000,00	00000,00
TOTAL DU PAIEMENT			
RETENUES			
Tarif Cpte Annuel	00000	00,00-	00,00-
TOTAL DES RETENUES			
MONTANT NET			
			00000,00
DESCRIPTION DES GAINS ③			
		00000,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④			
Cotisation synd. F.M.O.Q.		0000,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ⑤			
(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) ⑥			
PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ			
PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT	
- PLAF TRIMESTRIEL FMOQ	00 000,00\$	00 000,00\$	
MESSAGES			
- LE PLAFONNEMENT PLAF TRIMESTRIEL FMOQ 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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. **N° DE LA DEMANDE** : Le numéro de contrôle externe de la demande de paiement de rémunération mixte, par ordre croissant.
- 2a. **DATE DE RÉCEPTION** : La date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA0828, c'est-à-dire AA pour l'année 20AA, 08 pour août et 28 pour le quantième).
- 3a. **CODE TRA** : Les numéros se référant à la nature de la transaction **TRA**.
- 4a. **NATURE DU MONTANT** : Le libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. **BASE DE CALCUL** : Le nombre de journées (J), d'heures (H) ou de *per diem* (P) payés ou rectifiés.
- 6a. **MONTANT** : Le montant du paiement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique *Paiements et retenues* du sommaire de l'état de compte. La mention *sans objet* (s. o) s'affiche pour les heures effectuées dans le cadre de la rémunération mixte. Ces heures servent uniquement au calcul du nombre de *per diem* à payer.
- 7a. **RÉF. DEM** : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a. **MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de cet état de compte.
- 9a. **RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre de jours, d'heures ou de *per diem* payé avant révision.
- 10a. **RÉVISION NOUVELLE** : Le nombre de jours, d'heures ou de *per diem* payé après révision.

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELLS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM <b>UNTEL PIERRE</b>			N° DU PROFESSIONNEL <b>0-00000-0</b>		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT <b>00000</b>		N° DU CHÈQUE OU VIREMENT <b>00000000 C</b>		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE <b>20AA-11-04</b>		<b>20AA-10-24 (T)</b> <b>20AA-10-14 (P)</b>	<b>OR-44</b>	<b>002</b> DE <b>002</b>
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES			REVISION			
							1	2	3	ANTERIEURE	NOUVELLE		
(1a)	(2a)	(3a)	(4a) <b>DÉTAIL DU PAIEMENT RÉMUNÉRATION MIXTE</b>	(5a)	(6a)	(7a)	(8a)				(9a)	(10a)	
<b>REMARQUE :</b> RÉSOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.													
<b>FIN DU RELEVÉ</b>													

OR341 - 4702 082007
**VOIR AU VERSO**

## 6.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis. Le médecin doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

## 6.5 Règlement des demandes de paiement

---

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la RAMQ.

### 6.5.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par le médecin. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

### 6.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande de paiement paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle**.

### 6.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction **TRA 02, 10 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

### 6.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02, 10, 11 ou 22** et du code de message explicatif approprié.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) **REFACTURATION** : Soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement**.

**IMPORTANT** : Pour la refacturation, inscrire la lettre B dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que la date de l'état de compte sur lequel il figure dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

- b) **RÉVISION** : Faire une demande de révision si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 6.6.

### 6.5.5 Annulation d'une demande de paiement

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis dans **un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

**IMPORTANT** : Pour la refacturation, inscrire la **lettre B** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

### 6.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

Le médecin qui désire modifier des éléments sur une demande de paiement déjà payée ne doit pas soumettre une nouvelle demande, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 6.6.

## 6.6 Demande de révision

---

Le médecin souhaitant que la RAMQ révisé une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le médecin souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander 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 demande de paiement.

Pour toute demande de révision, le médecin doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

### 6.6.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. **Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.**

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

## 6.7 Demande d'annulation

---

Les demandes de paiement payées que le médecin souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549).



## 6.8 Liste des codes de transaction

---

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif.

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

## 6.9 Liste des messages explicatifs

---

La [liste des messages explicatifs](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

## 6.10 Calendriers des jours fériés

---

En établissement, les seules dates reconnues par la RAMQ comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la RAMQ par son directeur des services professionnels et hospitaliers avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des jours fériés fixés par la RAMQ qui est retenu. Pour accéder aux calendriers des jours fériés, voir les [Calendriers des jours fériés](#) à la rubrique *Calendriers*, sous l'onglet *Facturation*.

La période de référence pour les jours fériés s'étend du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

Le médecin doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

## 6.11 Calendriers de paiement

---

Voir les [Calendriers de paiement](#) à la rubrique *Calendriers*, sous l'onglet *Facturation*.

## 7 DEMANDE DE FACTURATION HORS DÉLAI

Exceptionnellement, le médecin peut demander à la RAMQ de lui permettre de soumettre une demande de paiement 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.

## 8 NOUS JOINDRE

Consultez la page [Nous joindre](#) du site Web de la RAMQ.