



CHIRURGIENS DENTISTES

GUIDE DE FACTURATION

Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives



Table des matières

Introduction	1
1 Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	3
1.1 Avant-propos	3
1.2 Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) –Description du formulaire	4
1.2.1 Rédaction de la demande de paiement	6
1.2.2 Expédition	16
1.2.3 Description des codes d’activité	17
1.2.4 Description des codes de congé prévus à l’Entente	17
1.2.5 Secteurs de dispensation	20
1.2.6 Calendriers des jours fériés.....	21
1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	22
1.4 Bilan des avantages sociaux.....	22
1.5 État de la facturation.....	24
1.6 Demande de remboursement des frais de déplacement	30
2 Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	31
2.1 Avant-propos	31
2.2 Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) – Description du formulaire.....	32
2.2.1 Rédaction de la demande de paiement	34
2.2.2 Expédition.....	41
2.2.3 Description des codes d’activité	42
2.2.4 Secteurs de dispensation	42
2.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	43
3 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)	45
3.1 Avant-propos	45
3.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire.....	45
3.2.1 Rédaction de la demande de remboursement	46
3.2.2 Expédition.....	52
3.2.3 Liste des localités	52
4 Paiement à honoraires fixes	53
4.1 Mode de paiement	53
4.2 Délai de paiement.....	53
4.3 Facturation informatisée	53
4.3.1 Retour d’erreurs à l’agence.....	53

4.4	État de compte	54
4.4.1	Description	54
4.4.2	Vérification des paiements.....	57
4.5	Règlement des demandes de paiement	57
4.5.1	Paiement autorisé tel que demandé.....	57
4.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	57
4.5.3	Paiement refusé en partie	57
4.5.4	Paiement refusé en totalité	57
4.5.5	Annulation d’une demande de paiement	58
4.5.6	Modification d’une demande de paiement payée.....	58
4.6	Demande de révision.....	58
4.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d’une demande de révision	58
4.7	Demande d’annulation	59
4.8	Liste des codes de transaction	59
4.9	Liste des messages explicatifs	59
4.10	Calendriers des dates limites et de paiement	59
5	Paiement à tarif horaire.....	61
5.1	Mode de paiement	61
5.2	Délai de paiement.....	61
5.3	Facturation informatisée	61
5.3.1	Retour d’erreurs à l’agence.....	61
5.4	État de compte	62
5.4.1	Description	62
5.4.2	Vérification des paiements.....	66
5.5	Règlement des demandes de paiement	66
5.5.1	Paiement autorisé tel que demandé.....	66
5.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	66
5.5.3	Paiement refusé en partie	66
5.5.4	Paiement refusé en totalité	67
5.5.5	Annulation d’une demande de paiement	67
5.5.6	Modification d’une demande de paiement payée.....	67
5.6	Demande de révision.....	67
5.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d’une demande de révision	68
5.7	Demande d’annulation	68
5.8	Liste des codes de transaction	68
5.9	Liste des messages explicatifs	68
5.10	Calendriers des dates limites et de paiement	68
6	Paiement – Mesures incitatives	69
6.1	Mode de paiement	69
6.2	Délai de paiement.....	69

6.3	État de compte	69
6.3.1	Description	69
6.3.2	Vérification des paiements.....	74
6.4	Règlement des demandes de remboursement	74
6.4.1	Paiement autorisé tel que demandé.....	74
6.4.2	Demandes de remboursement en cours de traitement.....	74
6.4.3	Paiement refusé en partie	75
6.4.4	Paiement refusé en totalité	75
6.4.5	Modification d'une demande déjà payée.....	75
6.4.6	Annulation d'une demande de remboursement.....	75
6.5	Demande de révision.....	75
6.5.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision	75
6.6	Demande d'annulation	76
6.7	Liste des codes de transaction	76
6.8	Messages explicatifs	76
6.9	Calendriers des dates limites et de paiement	76
7	Demande de facturation hors délai	77
8	Nous joindre.....	78

Introduction

Le *Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives* 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 et à tarif horaire, les mesures incitatives, les instructions de facturation des frais de déplacement 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 les modalités de facturation.

Vous y trouverez de l'information et des 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 – REMUNERATION A HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (1216) ET DOCUMENT COMPLEMENTAIRE – CONSIDERATION SPECIALE (1944)

1.1 Avant-propos

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

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 chirurgien dentiste 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 [Formulaires](#). 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, 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** (\$).

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 chirurgien dentiste 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.

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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité du chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 1 0 0 2		DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT				Régie de l'assurance maladie Québec				
2 PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 2 8 9 9 9 9 4		C.S. 		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS 		
3 ÉTABLISSEMENT NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec					NUMÉRO 1 0 1 1 3		4 PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE			
		DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI					
		ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR					
		A A 1 0 1 6			A A 1 0 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 section permet au chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 7 h
Avant-midi (AM) :	de 7 h à 12 h
Après-midi (PM) :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 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 :

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

Exemple 1

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	AM	PM	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5,5 h

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

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

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

Exemple 2

Heure de début : 7 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 : 5 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.

– Code d'activité

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

Le chirurgien dentiste indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire.

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

– Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le secteur de dispensation en centre hospitalier de courte durée est composé de 2 chiffres.

Lorsque des services cliniques sont rendus, le chirurgien dentiste indique le code du secteur où il a exercé sa principale activité, sauf le code 08, qui ne doit pas être utilisé lorsque les services sont rendus dans un centre hospitalier psychiatrique.

Pour la nomenclature complète des codes, voir la section [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.

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 lorsque le paiement d'un jour de congé est demandé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé inscrit 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 (00.50) ou en journée complète (01.00), peu importe si le chirurgien dentiste est à temps plein ou à demi-temps.

À titre d'exemple, un chirurgien dentiste 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, tarif horaire et mesures incitatives
 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 QUAN- TIÈME	6 ACTIVITÉS										7 CONGÉS							
	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														
1,8		X			1	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	2				40					
1,8			X		3	0,0,2,0,3,0		0,6,0,0	4				41					
1,9		X			5	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0	6	0,0,2,0,3,2		0,2,0,0	42					
1,9			X		7	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	8				43					
2,0		X			9	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0	10	0,0,2,0,3,2		0,2,5,0	44					
2,0			X		11	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	12				45					
2,1		X			13	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	14				46					
2,2			X		15	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	16				47					
					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 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 remises de temps

Cette section est divisée en deux, soit l'accumulation du nombre d'heures supplémentaires effectuées que le chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste désire accumuler un **nombre précis d'heures** supplémentaires effectuées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION		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 chirurgien dentiste désire accumuler la **totalité des heures** supplémentaires calculées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION		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

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

– **Remise de temps supplémentaire**

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION		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
		2	9	7	0	0										1 0 5 0

La remise de temps est utilisée pour combler, en section ou en totalité, la période régulière d'activités du chirurgien dentiste.

Lorsque le chirurgien dentiste 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, tarif horaire et mesures incitatives
 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Exemple pour les sections 8 et 9

QUANTIÈME	ACTIVITÉS										CONGÉS					
	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												
1,8		X			1	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	2					40		
1,8			X		3	0,0,2,0,3,0		0,6,0,0	4					41		
1,9		X			5	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0	6	0,0,2,0,3,2	0,1,0,2,0,0			42		
1,9			X		7	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	8					43		
2,0		X			9	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0	10	0,0,2,0,3,2	0,1,0,2,5,0			44		
2,0			X		11	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	12					45		
2,1		X			13	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	14					46		
2,2			X		15	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	16					47		
					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.

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*.

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 chirurgien dentiste 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 section 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	01	06	A	A	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 section 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 jours fériés observés dans votre établissement respectif, sinon les [calendriers des jours fériés](#) seront alors utilisés.

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		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	03	1	1	A	A	04	0	7	02	0	2	0

Remarque : En supposant que le 30 mars et le 2 avril 20AA 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste dont le nom paraît à la section supérieure, ou par son mandataire, dans la case appropriée, 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, tarif horaire et mesures incitatives

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 la case appropriée.

Exemple pour les sections 10 à 17

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT										Régie de l'assurance maladie Québec			
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE			PROFESSIONNEL				N° DU PROFESSIONNEL		C.S. (10) A		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS (12)		
PRÉNOM			NOM										
ÉTABLISSEMENT						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 0 1 6		A A 1 0 2 2			
HEURES SUPPLÉMENTAIRES													
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :									
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES													
Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin (11)													
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE						JURÉ OU TÉMOIN		MONTANT					
80	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	À L'USAGE DE LA RÉGIE		Spécifier la rémunération reçue (14)		0 2 5 0 0 \$				
	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	(13)										
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE						ASSURANCE-INVALIDITÉ							
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES			NOM EN LETTRES MOULÉES			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.							
Pierre (16)			Untel										
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.						ANNÉE MOIS JOUR							
<i>Pierre Untel</i>						A A 1 0 2 6							
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT						ASSURANCE-INVALIDITÉ							
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES			NOM EN LETTRES MOULÉES			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.							
Jacques			Responsable										
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							
<i>Jacques Responsable</i> (17)						A A 1 0 2 6							
(15) (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.													

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 le 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

1.2.3 Description des codes d'activité

Services dentaires en centre (établissement)

- 002030** Services cliniques
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002092** Autres services (à préciser par le chirurgien dentiste)
- 002098** Services en santé durant le délai de carence

Santé publique

- 005032** Rencontres multidisciplinaires
- 005037** Planification programmation - évaluation
- 005038** Coordination
- 005047** Exécution
- 005098** Services de santé durant le délai de carence

Entente particulière relative aux chirurgiens dentistes œuvrant dans des établissements du Nord

- 017030** Services cliniques
- 017032** Rencontres multidisciplinaires
- 017092** Temps de déplacement et d'installation, selon le paragraphe 3.03 ainsi que les autres services (à préciser par le chirurgien dentiste)
- 017098** Services de santé durant le délai de carence

Santé publique établissement du Nord – Accord n° 8 (À partir du 29 octobre 2023)

- 117032** Rencontres disciplinaires
- 117037** Planification – Programmation – Évaluation
- 117038** Coordination
- 117047** Exécution
- 117098** Services de santé durant le délai de carence

1.2.4 Description des codes de congé prévus à l'Entente

Voir l'[Annexe V – Avantages sociaux](#) de l'Entente.

Congés parentaux avec rémunération

- 01** Maternité – Congé rémunéré (paragraphe 1.01)
- 10** Congé spécial, moins de 5 jours – Complication de grossesse (paragraphe 1.20 a)) ou interruption de grossesse (paragraphe 1.20 b))
- 71** Congé spécial, 5 jours et plus – Complication de grossesse (paragraphe 1.20 a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20 b)
- 21** Congé spécial – Visites reliées à la grossesse (paragraphe 1.20 c))
- 22** Maternité – Retrait préventif CNESST(non prévu à l'Entente)

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

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

- 23** Paternité – Congé rémunéré (paragraphe 1.22)
- 25** Adoption – Congé 5 semaines (paragraphe 1.23)
- 68** Adoption de l'enfant du conjoint – 2 jours précédant le code 69 (paragraphe 1.23 G).

Congés parentaux sans rémunération

- 27** Maternité – Extension sans rémunération (paragraphe 1.05)
- 29** Maternité – Prolongation (paragraphe 1.21 a))
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (paragraphe 1.23) (aboli le 31 décembre 2005)
- 31** Congé en vue d'une adoption – 10 semaines (paragraphe 1.23 i))
- 35** Paternité – Prolongation (paragraphe 1.21 a))
- 36** Adoption – Prolongation (paragraphe 1.21 a))
- 60** Congé parental (paragraphe 4.12)
- 63** Paternité – Congé sans rémunération (paragraphe 1.22 a))
- 69** Adoption de l'enfant du conjoint – 3 jours suivant le code 68 (paragraphe 1.23 g))

Vacances

- 02** Vacances accumulées (paragraphe 2.02)
- 32** Vacances anticipées (paragraphe 2.02)
- 34** Vacances reportées (paragraphe 2.02)

Jours fériés

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

Congés spéciaux avec rémunération

- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-sœur et d'un grand-parent (paragraphe 4.01 c))
- 08** Juré ou témoin (paragraphe 4.06)
- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (paragraphe 4.01 a))
- 51** Décès des père, mère, frère, sœur, enfant¹, beau-père, belle-mère, bru et gendre (paragraphe 4.01 b))
- 52** Congé à traitement différé (paragraphe 10.03)

Congés spéciaux sans rémunération

- 20** Congé après entente avec l'établissement (paragraphe 4.12)
- 54** Candidat et exercice d'une fonction publique (paragraphe 4.05)
- 55** Mariage (paragraphe 4.07)
- 56** Congé annuel sans rémunération (paragraphe 4.08)

¹Code 51 : Décès d'un enfant autre que ceux prévus au paragraphe 4.01 a)

- 57 Année sabbatique (paragraphe 4.10)
- 58 Cours de formation (paragraphe 4.11)
- 59 Congé syndical (paragraphe 5.05 de l'Entente)
- 61 Participation au comité de révision (paragraphe 1.12 et 1.24)

Perfectionnement

- 09 Congé de perfectionnement (paragraphe 5.01)
- 11 Congé de perfectionnement reporté (paragraphe 5.01)
- 18 Congé de ressourcement anticipé (annexe VIII)
- 19 Congé de ressourcement (annexe VIII)

Régime d'assurances – Comité paritaire

- 70 Participation au comité paritaire (paragraphe 6.18)

Régime d'assurances – Invalidité

- 10 Assurance invalidité, moins de 5 jours (paragraphe 8.02 a) i))
- 71 Assurance invalidité, 5 jours et plus (paragraphe 8.02 a) i))
- 72 Assurance invalidité en période de réadaptation (paragraphe 8.02 a) ii))

1.2.5 Secteurs de dispensation

S'applique dans tout centre, sauf en CLSC

- 01 Clinique externe
- 02 Moyen séjour
- 03 Courte durée (section générale)
- 04 Longue durée
- 05 Unité de soins intensifs
- 06 Unité de soins coronariens
- 07 Clinique 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

1.2.6 Calendriers des jours fériés

La période de référence retenue par la RAMQ est du 1^{er} mai au 30 avril de l'année suivante (article 3.00 de l'[annexe V du Manuel des chirurgiens dentistes – Entente et tarifs](#)).

Les [calendriers des jours fériés](#) sont publiés à titre de référence pour le chirurgien dentiste. Ils sont utilisés à la RAMQ pour déterminer, entre autres, les droits du chirurgien dentiste 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 de l'[annexe V du Manuel des chirurgiens dentistes – Entente et tarifs](#)).

De plus, ce tableau sera utilisé pour l'application du paragraphe 3.04 de l'[annexe V du Manuel des chirurgiens dentistes – Entente et tarifs](#).

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^{er} 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 chirurgien dentiste qui a rendu les services;
2. **NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription du chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.



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 MOIS JOUR ⑦

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

⑧

SPÉCIMEN

1944 200 1504
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).

1.4 Bilan des avantages sociaux

Pour de plus amples renseignements sur le *Bilan des avantages sociaux*, voir l'[annexe V du Manuel des chirurgiens dentistes – Entente et tarifs](#).

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^{er} 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 terminée.
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.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

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

9. CRÉDITS : Information concernant les crédits de congés du professionnel 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 professionnel. 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 vient 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.

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

HDB3R01 HD64359 -LHDB3U/HDB3		RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC		DATE AA-10-23	PAGE 1			
RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT								
BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX								
NOM: JEAN				①	NUMÉRO : 0-00000-0			
PRÉNOM:				②	Période de référence du AA-05-01 au AA-04-30			
ADRESSE: DOCTEUR JEAN UNTEL				③	Statut des crédits et du bilan: FINAL			
1125, GRANDE ALLEE OUEST				④	Date de départ: 00-00-00			
QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7								
⑤	⑥	⑦		⑧	⑨			
				AA-AA				
				***** ANNÉES DE RÉFÉRENCE *****				
	CODE	UNITÉS	CRÉDITS	CONSOMMÉS	PAYÉS	SOLDE À		AA-AA
					R.A.M.Q.	REPORTER		CRÉDITS
Vacances								
Vacances reportées		Jours						
Vacances annuelles		Jours						
Vacances anticipées		Jours						
Férié								
Congé férié		Jours						
Perfectionnement								
Perfectionnement		Jours						
Perfectionnement reporté		Jours						
Message:	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.							
Préparé par:	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 V du Manuel des chirurgiens dentistes – Entente et tarifs](#).

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^{er} 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 au début de la période courante.
6. Section regroupant les différentes moyennes de traitement hebdomadaire utilisées durant la période (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.

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 d'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.
 - 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 au début de la 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.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

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 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					
13 *** SOMMAIRE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE ***					
13.1	13.2	13.3	13.4		
SOLDE AU 29 AVRIL AA	ACCUMULATION	REMISE	SOLDE AU 28 AVRIL AA		
14 ACCUMULATION PAR ÉTABLISSEMENT ET DATE MAXIMUM POUR REMISE :					
14.1	14.2	14.3	14.4	14.5	
ÉTABLISSEMENT	DATE ACCUMULATION	DATE MAXIMUM POUR REMISE	HEURES ACCUMULÉES	SOLDE	
15 *** CONGÉ SANS RÉMUNÉRATION ***				14.6	
Pour la période de référence du AA-05-01 au AA-04-30:					
		15.1	15.2		
DESCRIPTION	CODE	DATE DÉBUT	DATE FIN	DURÉE DU CONGÉ	
Congé parental	60	AA0918	AA1124	HEURES PROLONGATION	
16 *** SOMMAIRE DES CRÉDITS DE CONGÉS ET DE CONSOMMATION ***					
POUR L'ANNÉE DE COMPTABILISATION : 2000-2001					
DESCRIPTION	CODE	UNITÉ DES CRÉDITS	CRÉDITS	CONSOMMATION	SOLDE
Vacances annuelles					
Vacances anticipées					
Congé férié annuel/férié en période d'invalidité					
Perfectionnement					
Perfectionnement reporté					

Sections 17 à 30

17. Sommaire de la facturation. Cette section montre le détail de la facturation pour chaque semaine de la période de référence.
18. Les dates de début et de fin de la période de facturation (du dimanche au samedi).
19. Le numéro d'établissement.
20. Le 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. Le total des heures d'activités travaillées au cours de la semaine plus les heures payées en congé ou en remise de temps.
22. Les heures travaillées excluant les heures supplémentaires (accumulées ou payées) et les heures de garde.
23. Les heures supplémentaires payées.
24. Les heures supplémentaires accumulées.
25. Les heures remises en temps ou payées par la RAMQ.
26. Les heures payées en garde sur place et en garde en disponibilité.
27. Les codes de congés facturés pour la période de facturation.
28. Le nombre de jours de congés.
29. La valeur en heures des jours de congés.
30. Totaux des heures et des congés pour la période de référence.

Exemple de l'État de la facturation (sections 17 à 30)

HDB2R01	HD54359L-HDE2U/HDB2	RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT	DATE AA-06-14	PAGE 3								
ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-20AA												
NUMÉRO: 0-00000-0												
NOM: UNTEL												
PRÉNOM: JEAN												
*** SOMMAIRE DE LA FACTURATION *** (17)												
Période du: AA-05-01 au: AA-04-30												
(19)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	
--- SEMAINE ---		NUMÉRO		TOTAL		HEURES		--- DE GARDE ---		CONGÉS		
DEBUT	FIN	ETAB	NCE	SEMAINE	REGUL	PAYÉES	ACCUM	REMISES	PLACE	DISPO.	JOURS	HRES
											CODE	FACT. HRES
											CODE	FACT. HRES
TOTALX: (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											

1.6 Demande de remboursement des frais de déplacement

Les chirurgiens dentistes rémunérés à honoraires fixes ont droit au remboursement des frais de déplacement et doivent facturer avec la *Facture de frais de déplacement*, en vertu de l'article 5.04 de l'Entente particulière relative aux chirurgiens dentistes qui travaillent dans des établissements du Nord.

2 DEMANDE DE PAIEMENT – REMUNERATION A TARIF HORAIRE, HONORAIRES FORFAITAIRES ET VACATION (1215) ET DOCUMENT COMPLEMENTAIRE – CONSIDERATION SPECIALE (1944)

2.1 Avant-propos

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

Depuis le 1^{er} 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 chirurgien dentiste 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 [Formulaires](#). 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 remboursement.

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** (\$).

2.2 Demande de paiement – Rémunération à 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 chirurgien dentiste 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, tarif horaire et mesures incitatives
 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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE ①		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie Québec	
PROFESSIONNEL PRÉNOM ②		NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	C.S. ⑧	NUMÉRO DE DOCUMENTS ANNEXES ⑩
ÉTABLISSEMENT NOM ③				PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE ④			
				DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR	

QUANTIFIÉ	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	
	MODE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE	FOURCHÉ	SOUS													
					1				2				3				
					4				5				6				
					7				8				9				
					10				11				12				
⑤					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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑨

FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (SIU DE TRAVAIL HABITUEL)		CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR	HEURE D'ARRIVÉE	DISTANCE TOTALE KM	MONTANT DEMANDÉ
---	--	--	-----------------------------------	-----------------	-----------------------	-----------------

HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE ⑪	
-----------------------------------	--

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES ⑫		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES ⑬	
DATE ANNÉE MOIS JOUR		DATE ANNÉE MOIS JOUR	

1215 202 1905 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité du chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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

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

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 chirurgien dentiste d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus. Ce quantième est exprimé en utilisant un nombre à 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 chirurgien dentiste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré au tarif horaire.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

– **Mode de rémunération :**

TH, qui correspond à *tarif horaire*.

Le mode de rémunération est requis sur la 1^{re} ligne de service. Il est appliqué automatiquement aux lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant.

– **Plage horaire :**

Le chirurgien dentiste 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 7 h
Avant-midi (AM) :	de 7 h à 12 h
Après-midi (PM) :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 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 :

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

Exemple 1

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5,5 h

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

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et

Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Exemple 2

Heure de début : 7 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 : 5 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

– Code d'activité

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

Le chirurgien dentiste indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire.

Toutefois, le chirurgien dentiste facturant ses activités dans le cadre d'ententes particulières prévoyant un maximum d'heures par activité doit indiquer rigoureusement les activités effectuées.

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

– Secteur de dispensation (secteur disp.)

Le secteur de dispensation en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est composé de 2 chiffres.

Lorsque des services cliniques sont rendus, le chirurgien dentiste indique le code du secteur où il a exercé sa principale activité, sauf le code 08 qui ne doit pas être utilisé lorsque les services sont rendus dans un centre hospitalier psychiatrique.

Pour la nomenclature complète des codes, voir la section [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.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et

Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

2.2.1.7 Section 7

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 30 heures.

Exemple pour les sections 5 à 7

5	6 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	
		NUIT	AM	PM													SOIR
1,7	TH		X		1	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0	2				3				
1,7	TH			X	4	0,0,2,0,3,2		0,2,0,0	5	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0	6				
1,8	TH			X	7	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	8				9				
1,9	TH		X		10	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	11				12				
1,9	TH			X	13	0,0,2,0,3,0		0,3,0,0	14				15				
2,0	TH		X		16	0,0,2,0,3,0		0,4,5,0	17				18				
2,1				X	19	0,0,2,0,3,0		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				
															7	TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,3,0,0,0

2.2.1.8 Section 8

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*.

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 chirurgien dentiste 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 visité. 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).

2.2.1.12 Section 12

Signature du professionnel ou du mandataire

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

Le chirurgien dentiste ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettres 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 chirurgien dentiste dont le nom paraît à la section 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 la case appropriée.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Exemple pour les sections 8 à 13

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTÉRIEUR _____	DEMANDE DE PAIEMENT	Régie de l'assurance maladie Québec
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation		
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____	N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____	C.S. 8 A NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS 10
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE : ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ SE TERMINANT LE SAMEDI : ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____	

QUANTITÉ	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
	MÉDE DE RÉMUNÉRATION	PLAGE HORAIRE (cocher)														
	MULTI	AM	PM	SOU												
					1				2				3			
					4				5				6			
					7				8				9			
					10				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 _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____

9

FRAIS DE DÉPLACEMENT

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 DEMANDÉ _____

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES : Pierre NOM EN LETTRES MOULÉES : Untel

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. **12** DATE : ANNÉE : A 1 MOIS : A 1 JOUR : 0 2 4

Pierre Untel

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES : Jacques NOM EN LETTRES MOULÉES : Responsable

LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RAMO QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. **13** DATE : ANNÉE : A 1 MOIS : A 1 JOUR : 0 2 5

Jacques Responsable

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.

1215 292 1905

2.2.2 Expédition

Lorsque vous utilisez le service en ligne Facturation – Formulaire, 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 pendant 5 ans une copie portant les deux 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 – Formulaire 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 le 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

2.2.3 Description des codes d'activité

Services dentaires en centre (établissement)

002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002092 Autres services (à préciser par le chirurgien dentiste)

002098 Services de santé durant le délai de carence

Santé publique

005032 Rencontres multidisciplinaires

005037 Planification programmation - évaluation

005038 Coordination

005047 Exécution

005098 Services de santé durant le délai de carence

Entente particulière relative aux chirurgiens dentistes œuvrant dans des établissements du Nord

017030 Services cliniques

017032 Rencontres multidisciplinaires

017092 Temps de déplacement (entre l'établissement principal et les points de service), d'installation et autres services

017098 Services de santé durant le délai de carence

Santé publique établissements du Nord – Accord n° 8 (À partir du 29 octobre 2023)

117032 Rencontres multidisciplinaires

117037 Planification – Programmation – Évaluation

117038 Coordination

117047 Exécution

117098 Services de santé durant le délai de carence

2.2.4 Secteurs de dispensation

S'applique dans tout centre, sauf en CLSC

01 clinique externe

02 moyen séjour

03 courte durée (section générale)

04 longue durée

05 unité de soins intensifs

06 unité de soins coronariens

07 clinique 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

2.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

1. **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**
Inscrire le prénom et le nom complets du chirurgien dentiste qui a rendu les services;
2. **NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription du chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Le formulaire est divisé en plusieurs sections :

- En-tête :** Logo de l'Assurance maladie Québec.
- Section 1 :** Nom du professionnel de la santé (prénom et nom).
- Section 2 :** Numéro d'inscription du professionnel de la santé (7 chiffres).
- Section 3 :** Numéro du groupe.
- Section 4 :** Numéro de la demande de paiement.
- Section 5 :** Nom de la personne assurée.
- Section 6 :** Numéro d'assurance maladie.
- Section 7 :** Date du service.
- Section 8 :** Section réservée aux explications, avec un grand espace à pointsillés et un grand filigrane "SPÉCIMEN".

En bas du formulaire, il est écrit : "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).

3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (3336)

3.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les chirurgiens dentistes qui sont admissibles au rressoucement en territoires désignés de l'[annexe VIII](#) le formulaire [Demande de remboursement des mesures incitatives](#) (3336). Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la section 3.2.2 de ce guide.

Les renseignements à fournir sur la demande de remboursement sont ceux qui sont 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.

Chaque type de mesure incitative (ressoucement, primes d'éloignement, frais de déménagement, frais de sortie) doit faire l'objet d'une demande de remboursement séparée.

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

Toute erreur ou omission (date, code, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de remboursement ou 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 (\$)**.

3.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire

La demande de remboursement comporte 9 sections :

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Numéro de contrôle externe; | 5. Déménagement; |
| 2. Identité du chirurgien dentiste ayant rendu des services assurés; | 6. Sortie; |
| 3. Ressoucement et perfectionnement; | 7. Déplacement; |
| 4. Prime d'éloignement; | 8. Renseignements complémentaires; |
| | 9. Signature du professionnel |

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives
3. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES		N° DE CONTRÔLE EXTERNE 1						
PROFESSIONNEL		N° DU PROFESSIONNEL						
NOM 2		PRÉNOM						
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CÉT ENDROIT					
ENDROIT DE PRATIQUE	OU LOCALITÉ	CODE DE LOCALITÉ	ANNÉE MOIS JOUR					
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT			PÉRIODE DU					
JOUR	01	02	03					
QUANTIÈME	3							
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)			ANNÉE MOIS JOUR					
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)			TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE					
PRIME D'ÉLOIGNEMENT			MONTANT DEMANDÉ					
PÉRIODE	ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS						
DU	4	ANNÉE MOIS JOUR						
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉPART	CODE DE LOCALITÉ						
ANNÉE MOIS JOUR 5	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	CODE DE LOCALITÉ	MONTANT DEMANDÉ					
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU	MONTANT DEMANDÉ					
		ANNÉE MOIS JOUR						
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)		DATE	MONTANT DE L'ESTIME(1) MONTANT DE L'ESTIME(2)					
		ANNÉE MOIS JOUR						
SORTIE								
PÉRIODE	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	NUMÉRIQUE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE					
DU	6	ANNÉE MOIS JOUR						
Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.								
DÉPLACEMENT								
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					
	7							
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Soins 3- Déménagement		1- Auto 2- Avion 3- Taxi 4- Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES								
8								
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL								
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.			SIGNATURE 9			DATE ANNÉE MOIS JOUR		
Régie de l'assurance maladie Québec								

Remarque :
 Les **4 chiffres** que vous inscrivez comme numéro de contrôle externe dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

3.2.1 Rédaction de la demande de

remboursement

3.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de remboursement à remplir par le chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité du chirurgien dentiste sont les suivants :

- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **ENDROIT DE PRATIQUE** : le nom et le numéro d'établissement ou le nom et le code de la localité de pratique;
- **DATE** : la date de début de pratique à cet endroit.

3.2.1.3 Section 3

Ressourcement et perfectionnement

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement ou de perfectionnement.

Remarque : Le chirurgien dentiste à honoraires fixes qui utilise le solde de ses jours de perfectionnement au cours de sa première année d'exercice et qui facture l'allocation forfaitaire et des frais de déplacement doit l'indiquer dans la section 8. *Renseignements complémentaires*.

- **Quantième** :
Date représentée par un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.
- **Période** :
Date de début et date de fin de la période couverte par le séjour.
- **Rémunération** :
Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le chirurgien dentiste reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.
- **Allocation forfaitaire** :
Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'Entente.
- **Montant facturé** :
Somme des montants demandés à titre d'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de 7 jours, utiliser un second formulaire et inscrire la référence à la demande de remboursement qui contenait les pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la [Section 7](#).

3.2.1.4 Section 4

Prime d'éloignement

Section à remplir pour le premier versement de la prime. Par la suite, les autres montants seront versés automatiquement. Le paiement de la prime est effectué dans le mois qui suit la fin du trimestre.

- **Les trimestres** se répartissent comme suit :
 - 1^{er} : mai, juin, juillet;
 - 2^e : août, septembre, octobre;
 - 3^e : novembre, décembre, janvier;
 - 4^e : février, mars, avril.
- **Période** :

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives
3. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)

Elle couvre au moins 10 mois consécutifs à partir de la date de début de pratique du professionnel dans le secteur.

– **Avec ou sans dépendants :**

Inscrire un « x » dans la case appropriée.

– **Montant facturé :**

Montant correspondant à celui prévu à l'Entente selon le secteur de pratique et la présence ou non de dépendants.

Exemple pour les sections 1 à 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 0		1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES								
PROFESSIONNEL 2		NOM UNTEL		PRÉNOM Marie	N° DU PROFESSIONNEL 2234567					
ENDROIT DE PRATIQUE	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT						
	OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ	ANNÉE	MOIS JOUR					
				2	0 A A 0 5 0 1					
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT 3										
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME	09	10	11	12	13			ANNÉE	MOIS JOUR	
								2	0 A A 0 7 1 3	
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	1	1			AU		
								2	0 A A 0 7 1 7	
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	148	148	148	148	148			TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		
								740 00		
PRIME D'ÉLOIGNEMENT 4										
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS		<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	MONTANT DEMANDÉ
DU	2	0 A A 0 6 0 1	AU	2	0 A A 0 3 3 1					6 435 00

3.2.1.5 Section 5

Déménagement

Cette section comprend 3 parties : date de déménagement, frais d'entreposage et demande d'avance.

– **Date du déménagement**

Localité de départ : Localité où le professionnel était domicilié.

Code de localité

Localité d'arrivée : Localité où le professionnel s'installe.

Code de localité

Montant facturé : Montant demandé pour les frais de déménagement.

– **Frais d'entreposage**

Période du : Période pendant laquelle les biens du professionnel sont entreposés. Utiliser une demande de remboursement par tranche de 12 mois.

Montant facturé

– **Demande d’avance**

Date : Date à laquelle la demande d'avance est effectuée.

Montant de l’estimé (1) : Montant de la première évaluation des coûts de déménagement.

Montant de l’estimé (2) : Montant de la deuxième évaluation des coûts de déménagement.

Remarque : Le montant de l'avance sera déduit du montant payé pour les frais de déménagement.

3.2.1.6 Section 6

Sortie

Section à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie.

La section 7. *Déplacement* devra être également remplie.

– **Période** :

Date de début et date de fin de la période couverte par la sortie.

– **Nombre de dépendants** :

Indiquer le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

Remarque : Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le lien de tous les dépendants qui ont effectué la sortie dans la section 8. *Renseignements complémentaires*.

Exemple pour les sections 5 et 6

DÉMÉNAGEMENT 5																
DATE DU DÉMÉNAGEMENT			LOCALITÉ DE DÉPART				CODE DE LOCALITÉ									
ANNÉE	MOIS	JOUR					66546									
2	0	A	A	0	4	2	5									
			LOCALITÉ D'ARRIVÉE				CODE DE LOCALITÉ									
							69761									
							MONTANT DEMANDÉ									
							5 000 00									
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT DEMANDÉ						
		AU														
DEMANDE D'AVANCE			DATE			MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)								
(Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)																
SORTIE 6																
PÉRIODE			ANNÉE			MOIS			JOUR							
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR										
2	0	A	A	0	6	0	6	AU	2	0	A	A	0	6	0	9
			NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE			Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.										

3.2.1.7 Section 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, une sortie ou un déménagement.

– **Type de mesure** :

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :

- 1 = Ressourcement ou perfectionnement
- 2 = Sortie
- 3 = Déménagement

Remarque : Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de perfectionnement, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la section 8. *Renseignements complémentaires* qu'il s'agit de perfectionnement.

Date :

Date du déplacement (format année/mois/jour)

– **Moyen de transport :**

Moyen de transport utilisé :

- 1 = Auto
- 2 = Avion
- 3 = Taxi
- 4 = Autres

– **Nombre de km (automobile) :**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

– **Localité de départ/Localité d'arrivée**

– **Montant facturé**

– **Total des frais de déplacement**

3.2.1.8 Section 8

Renseignements complémentaires

- Inscrire dans cette section tous les renseignements utiles pour le règlement de la demande de remboursement ainsi que les renseignements relatifs aux dépendants qui ont effectué la sortie, le cas échéant.

3.2.1.9 Section 9

Signature du professionnel (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **datée et signée à la main** par le chirurgien dentiste dont le nom figure à la **section 2** ou par son mandataire.

Remarque : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original des pièces justificatives (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives
 3. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)

Exemple pour les sections 7 à 9

DÉPLACEMENT 7									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ	
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
2	2	0	A	A	1	1218	Fermont	Montréal	1 047 48
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement				1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		1 047 48	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 8									
UNTEL, Louis				conjoint					
UNTEL, Jules		20AA-03-07		fils					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL 9									
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.			SIGNATURE			DATE			
			<i>Marie Untel</i>			ANNÉE MOIS JOUR			
3336 292 19/05 TRANSMETTEZ À LA RAMQ UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.									



3.2.2 Expédition

Le chirurgien dentiste doit transmettre à la RAMQ une copie portant une signature et conserver pendant 5 ans une copie 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 chirurgien dentiste doit joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de remboursement.

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 remboursement concernant les mesures incitatives doivent être transmises à l'adresse suivante :

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

3.2.3 Liste des localités

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

4 PAIEMENT A HONORAIRES FIXES

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le chirurgien dentiste 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 chirurgiens dentistes 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 chirurgien dentiste traitant.

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 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.

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 transaction, 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 :

- NOM** : Les nom et prénom du chirurgien dentiste.
- N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 UNTEL ROBERT	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 0-00000-0	NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT 00000	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT 00000000 V	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-07	20AA-09-26 (P)	OR-04	001
					20AA-09-16 (T)		002

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
UNTEL ROBERT 1125 RUE FICTIF QUÉBEC QC G1K 7T3			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				
⑨	SOMMAIRE						

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. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **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			
MESSAGES GÉNÉRAUX ^①			
LES LETTRES PAIEMENT/RECouvreMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.			
PAIEMENTS ET RETENUS ^②			
PAIEMENTS			
	DP ou facture payée	0,00	
	TOTAL DU PAIEMENT		0,00
RETENUES			
	Modif. facture ou relevé	0,00	
	Cotisation synd.	0,00	
	TOTAL DES RETENUES		0,00
	MONTANT NET		0,00
DESCRIPTION DES GAINS ^③			
		0,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ^④			
	Cotisation synd.	0,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ^⑤			
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.			
90	Ajustements spéciaux de révision.		

OR341 4702 306 09/04

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. : AA0107, c'est-à-dire AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 07 pour le quantième).
- 3a. **CODE TRA** : Numéros se référant à la nature 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.

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			N° DU PAIEMENT		PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-04-07 (T)	20AA-03-28 (P)	OR-16	DE	002	002		
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 V	20AA-04-18							
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	TEMPS/KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES			REVISION		
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
			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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste. 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 d'un 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**, s'il y a lieu de contester la décision de la RAMQ, et 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 chirurgien dentiste 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 : Incrire 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste souhaitant que la RAMQ révise une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 code de 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 des dates limites et de paiement

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

5 PAIEMENT A TARIF HORAIRE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le chirurgien dentiste 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 chirurgiens dentistes 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 chirurgien dentiste traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel 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.

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 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.

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 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.

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 transaction, 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 chirurgien dentiste.
- N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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)	0R-04	001
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07	20AA-09-16 (T)		DE 002

1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 1125 RUE FICTIF QUÉBEC QC G1K 7T3			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				
9	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. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **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 chirurgien dentiste 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 ACDQ a été atteint le AAAA-MM-JJ pour la période du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ.

SOMMAIRE		
MESSAGES GÉNÉRAUX ①		
PAIEMENTS ET RETENUES ②		
PAIEMENTS		
DP ou facture payée	000,00	
TOTAL DU PAIEMENT		000,00
MONTANT NET		000,00
DESCRIPTION DES GAINS ③		
	00000,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④		
Cotisation synd. A.C.D.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
<hr/>		
- PLAF TRIMESTRIEL ACDQ	0 000,00\$	000 000,00\$
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 101820

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, par ordre croissant.
- 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. : AA0107, c'est-à-dire AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 07 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) ou de journées (J) payées ou rectifiées.
- 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.
- 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											
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT RÉÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE			
UNTEL ROBERT		0-00000-0	0000	00000000 V	20AA-04-18	20AA-04-07 (T) 20AA-03-28 (P)	OR-16	002 DE 002			
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS/KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
<p align="center">DÉTAIL DU PAIEMENT À TARIF HORAIRE</p> <p align="center">ACTIVITÉS</p> <p>REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE</p> <p align="center">FIN DU RELEVÉ</p>											
<p align="right">VOIR AU VERSO</p>											

OR344 4702 306 09/94

5.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste. 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**, s'il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises. 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 chirurgien dentiste 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*.

5.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

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

Le chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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 code de 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 des dates limites et de paiement

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

6 PAIEMENT – MESURES INCITATIVES

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

6.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines sous forme de virement automatique ou de chèque délivré à l'ordre du chirurgien dentiste traitant.

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 remboursement 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 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.

6.3.1 Description

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

6.3.1.1 Renseignements généraux

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

1. **NOM** : Les nom et prénom du chirurgien dentiste.
2. **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du chirurgien dentiste ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. **NUMÉRO 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. **NUMÉRO 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 chirurgien dentiste 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 CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-09-26 (P)	OR-04	001
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07		20AA-09-16 (T)		DE 002

1

UNTEL ROBERT
1125 RUE FICTIF
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 l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

6.3.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **Description des gains :** Mesures incitatives.
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 chirurgien dentiste 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 ACDQ a été atteint le AAAA-MM-JJ pour la période du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ.

SOMMAIRE		
MESSAGES GÉNÉRAUX ①		
PAIEMENTS ET RETENUES ②		
PAIEMENTS		
DP ou facture payée	000,00	
TOTAL DU PAIEMENT		000,00
MONTANT NET		
		000,00
DESCRIPTION DES GAINS ③		
	00000,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④		
Cotisation synd. A.C.D.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
<hr/>		
- PLAF TRIMESTRIEL ACDQ	0 000,00\$	000 000,00\$
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 101820

6.3.1.3 Demandes de remboursement 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** : Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives, par ordre croissant.
- 2a. **DATE DE RÉCEPTION** : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA0122, c'est-à-dire AA pour 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième).
- 3a. **CODE TRA** : Numéros se référant à la nature de la transaction **TRA**.
- 4a. **NATURE DU MONTANT** : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
Type de mesure, soit :
 - déménagement;
 - prime d'éloignement;
 - ressourcement;
 - sortie.Élément de mesure, soit :
 - allocation forfaitaire;
 - autres frais;
 - demande d'avances;
 - déménagement;
 - déplacement;
 - prime d'éloignement;
 - frais d'entreposage;
 - rémunération.
- 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 remboursement.
- 8a. **MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a. **RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé avant révision.

6.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type et l'élément de mesure figurent à l'état de compte suivis du code de transaction **TRA 02** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

6.4.4 Paiement refusé en totalité

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

Dans ce cas, **faire une demande de révision**, s'il y a lieu de contester la décision de la RAMQ, et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises. Voir la section 6.5.

6.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le chirurgien dentiste qui désire modifier des éléments ou des types de mesure déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 6.5.

6.4.6 Annulation d'une demande de remboursement

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

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

Pour être payé, le chirurgien dentiste doit **soumettre une nouvelle demande de remboursement** 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**.

6.5 Demande de révision

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

Le chirurgien dentiste 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 chirurgien dentiste 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.

6.5.1 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.

6.6 Demande d'annulation

Les demandes de paiement payées que le chirurgien dentiste souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549). Voir la section 6.5.

6.7 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.

6.8 Messages explicatifs

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

6.9 Calendriers des dates limites et de paiement

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

7 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

Exceptionnellement, le chirurgien dentiste 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.