



# MÉDECINS OMNIPRATICIENS

---

## GUIDE DE FACTURATION

### Services de laboratoire en établissement (SLE)

---

# Table des matières

<b>Sommaire des modifications apportées .....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944) .....</b>	<b>5</b>
1.1 Avant-propos .....	5
1.2 Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire.....	6
1.2.1 Rédaction de la demande de paiement.....	7
1.2.2 Expédition .....	13
1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944) .....	13
<b>2 Frais de déplacement et de séjour.....</b>	<b>15</b>
2.1 Instruction de facturation des frais de déplacement.....	15
2.2 Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) – Description du formulaire .....	16
<b>3 Paiement.....</b>	<b>21</b>
3.1 Mode de paiement .....	21
3.2 Délai de paiement.....	21
3.3 État de compte .....	21
3.3.1 Description.....	21
3.3.2 Vérification des paiements .....	25
3.4 Règlement des demandes de paiement .....	26
3.4.1 Paiement autorisé tel que demandé .....	26
3.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	26
3.4.3 Paiement refusé en partie.....	26
3.4.4 Paiement refusé en totalité.....	26
3.4.5 Annulation d'une demande de paiement .....	27
3.4.6 Modification d'une demande de paiement payée .....	27
3.5 Liste des codes de transaction .....	27
3.6 Liste des messages explicatifs .....	27
3.7 Calendriers de paiement .....	27
<b>4 Demande de révision ou d'annulation.....</b>	<b>28</b>
4.1 Instructions pour effectuer une demande de révision .....	28
4.1.1 Pièces justificatives à joindre à la demande de révision .....	28
4.1.2 Situations ne pouvant pas faire l'objet d'une demande de révision .....	28
4.2 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision .....	29
4.3 Demande d'annulation .....	29

5 Demande de facturation hors délai .....	30
6 Nous joindre .....	31
<b>Annexe I – Liste des codes de discipline .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples .....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe III – Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification .....</b>	<b>35</b>

## **Sommaire des modifications apportées**

**Mise à jour : 28 novembre 2025**

Section 1 Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944) : Modifications liées à la mise à jour du formulaire 1606.

Annexe I – Liste des codes de discipline : Retrait des codes d'hématologie et de radiologie diagnostique.

## Introduction

Le *Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)* vise à vous renseigner sur les modalités d'application de l'entente portant sur les services de laboratoire en établissement.

À cet égard, il contient notamment la rédaction de la demande de paiement pour la rémunération à l'acte, 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 de votre manuel, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

# 1 DEMANDE DE PAIEMENT A L'ASSURANCE HOSPITALISATION – REMUNERATION A L'ACTE (1606) ET DOCUMENT COMPLEMENTAIRE – CONSIDERATION SPECIALE (1944)

## 1.1 Avant-propos

---

La RAMQ met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens qui sont habilités à rendre des services en laboratoire la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606). Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce guide.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement 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.

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

Toute erreur ou omission (date, 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 deux chiffres.

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

Seuls les actes relevant des **disciplines suivantes** doivent être inscrits sur la demande de paiement 1606 :

- anatomo-pathologie;
- électrocardiographie en établissement (interprétation);
- électroencéphalographie;
- médecine nucléaire (**in vitro**)<sup>1</sup>;

**Remarque :** Les frais de déplacement sont également inscrits sur ce formulaire lorsqu'il s'agit d'actes relevant de la discipline suivante : anatomo-pathologie.

**Les médecins omnipraticiens qui détiennent des priviléges d'exercice dans plus d'une discipline doivent inscrire les actes se rapportant à chaque préambule sur des demandes de paiement distinctes.**

### Rémunération différente

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux services de laboratoire en établissement. Voir la rubrique [Rémunération différente \(annexes XII et XII-A\)](#) sous l'onglet *Facturation et rémunération*.

---

<sup>1</sup>Pour les actes relevant de la médecine nucléaire (*in vivo*) et de la radiologie diagnostique ailleurs qu'en établissement ainsi que pour d'autres services précis tels que la densité osseuse, vous devez utiliser la facture de services médicaux.

## Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)

1. Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

### 1.2 Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire

La demande de paiement comporte six sections :

1. Numéro de contrôle externe;
2. Période de dispensation des services;
3. Identité du médecin ayant rendu les services assurés;
4. Désignation de l'établissement où les services assurés ont été rendus;
5. Facturation des actes et considération spéciale;
6. Signature du médecin et du signataire autorisé pour l'établissement.

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <b>1</b>		CETTTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE <b>2</b> ANNÉE DU JOUR AU JOUR					
PROFESSIONNEL PRÉNOM <b>3</b>		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ	
ÉTABLISSEMENT NOM <b>4</b>		NUMÉRO	DÉPARTEMENT OU SERVICE	À L'USAGE DE LA RÉGIE			
NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR		NOMBRE D'ACTES		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
1							
2	<b>5</b>						
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
		TOTAL					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES <b>6</b>		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES <b>6</b>					
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT VÉRITÉS.		LA PERSONNE SIGNATURET AU QUOTIDIEN DES RÉVOCATIONS AUTORISÉE DE LA RÉGIE L'ASSURANCE MALADIE. N'ÉTAIT DONC PAS UN CAS D'ÉTAT DE FAIBLEMENT MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		DATE ANNÉE MOIS JOUR	DATE ANNÉE MOIS JOUR		
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.							

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

## **1.2.1 Rédaction de la demande de paiement**

### **1.2.1.1 Section 1**

#### **Numéro de contrôle externe**

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de paiement à remplir par le médecin et doit être composé de quatre 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**

#### **Période de dispensation des services**

Les dates inscrites dans cette section délimitent la période durant laquelle les services assurés ont été rendus. La période de dispensation des services ne doit pas excéder 28 jours.

Lorsque l'entrée en fonction intervient au cours d'une de ces périodes, inscrire la date d'entrée en fonction comme date de début de la période.

Lorsque la période de facturation chevauche deux années civiles, il est important que les services rendus soient facturés sur deux demandes de paiement distinctes en respectant la période correspondant à chacune des deux années concernées (année civile qui se termine et nouvelle année).

### **1.2.1.3 Section 3**

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

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

- le prénom usuel au complet;
- le nom de famille au complet;
- le numéro d'inscription à la RAMQ (sept chiffres);
- le numéro de groupe (Il s'agit d'un numéro de compte administratif attribué par la RAMQ si le médecin désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels);
- le code de la discipline (spécialité) correspondant aux actes facturés. La liste des codes de disciplines à inscrire dans cette case figure à l'[Annexe I – Liste des codes de discipline](#).

### **1.2.1.4 Section 4**

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

Dans cette section, le médecin doit inscrire :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres);
- le nom du département ou du service (ex. : radiologie diagnostique, anatomo-pathologie, etc.).

## Exemple pour les sections 1 à 4

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b> 	<p align="center"><b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE</td> <td style="width: 15%; padding: 2px; text-align: right;">(1)</td> <td colspan="3" style="width: 70%; padding: 2px;">CETTTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE</td> </tr> <tr> <td>1 0 0 2</td> <td></td> <td style="text-align: right;">ANNÉE    MOIS    JOUR</td> <td style="text-align: right;">(2) ANNÉE    MOIS    JOUR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">DU   2   5   0   3   0   9   AU   2   5   0   3   1   5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PROFESSIONNEL</td> <td>NUMÉRO DU PROFESSIONNEL</td> <td>N° DU GROUPE</td> <td>CODE DE LA SPÉCIALITÉ</td> </tr> <tr> <td>PRÉNOM (3) Roland</td> <td>NOM Untel</td> <td>1975653</td> <td></td> <td>06</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ÉTABLISSEMENT</td> <td>NUMÉRO (4) Hôpital de la Vallée</td> <td>DÉPARTEMENT OU SERVICE Cardiologie</td> <td>À L'USAGE DE LA RÉGIE</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> </tr> </table>	NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	(1)	CETTTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE			1 0 0 2		ANNÉE    MOIS    JOUR	(2) ANNÉE    MOIS    JOUR				DU   2   5   0   3   0   9   AU   2   5   0   3   1   5			PROFESSIONNEL		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ	PRÉNOM (3) Roland	NOM Untel	1975653		06	ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO (4) Hôpital de la Vallée	DÉPARTEMENT OU SERVICE Cardiologie	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE	(1)	CETTTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE																																		
1 0 0 2		ANNÉE    MOIS    JOUR	(2) ANNÉE    MOIS    JOUR																																	
		DU   2   5   0   3   0   9   AU   2   5   0   3   1   5																																		
PROFESSIONNEL		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ																																
PRÉNOM (3) Roland	NOM Untel	1975653		06																																
ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO (4) Hôpital de la Vallée	DÉPARTEMENT OU SERVICE Cardiologie	À L'USAGE DE LA RÉGIE																																

### 1.2.1.5 Section 5

#### Exemple 1 – Facturation des actes et considération spéciale

- **Facturation des actes**

Tous les actes pour lesquels le médecin demande des honoraires doivent être inscrits dans cette section.

Il ne faut pas inscrire plus de 19 codes par demande de paiement. Pour chaque acte, il faut donner les renseignements suivants :

- le code (quatre ou cinq chiffres) correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- le modificateur (trois chiffres). La liste des modificateurs figure à l'[Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples](#);
- le nombre de fois que le même code est facturé;

**TOTAL** : Incrire le total du nombre d'actes.

**Remarque :** Les actes non tarifés doivent être inscrits séparément sur une demande de paiement distincte.

- **Considération spéciale**

Mettre un **N** dans la case C.S. pour toute situation nécessitant une appréciation particulière.

## Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)

### 1. Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NOMBRE D'ACTES	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1	30010		4	
2	30140		1	
3	30110		1	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

C.S. TOTAL 6

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE**  
PRÉNOM EN LETTRES MOUTÉES \_\_\_\_\_ NOM EN LETTRES MOUTÉES \_\_\_\_\_

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAYERMENT SONT EXACTS.

**ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**  
PRÉNOM EN LETTRES MOUTÉES \_\_\_\_\_ NOM EN LETTRES MOUTÉES \_\_\_\_\_

LA PERSONNE INSCRITE AU RÉGISTRE DES SIGNAIRENTS AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1606 292 25/10

## Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)

### 1. Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

- Facturation d'un service médical non tarifé

Le médecin :

- doit inscrire le code **09990**;
- doit inscrire les autres renseignements : date, modificateur, unités;
- doit inscrire la **lettre N** dans la case C.S.;
- doit fournir une description détaillée du service rendu;
- doit facturer cet acte seul sur la demande de paiement.

**Remarque :** Dans tous les cas, le médecin doit joindre le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale \(1944\)](#) à la demande de paiement (voir la section [Document complémentaire – Considération spéciale \(1944\)](#) du présent guide).

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE									
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE									
		DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR		
PROFESSIONNEL PRÉNOM		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ					
ÉTABLISSEMENT NOM		NUMÉRO	DÉPARTEMENT OU SERVICE		À L'USAGE DE LA RÉGIE						
NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NOMBRE D'ACTES		À L'USAGE DE LA RÉGIE						
1											
19											
		CS 5		TOTAL							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULEES		NOM EN LETTRES MOULEES		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULEES		NOM EN LETTRES MOULEES					
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR	LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.											
1606 292 25/10											

**Exemple 2 – Facturation d'un acte d'électrocardiographie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique**

Le médecin doit inscrire :

- **la lettre A** dans la case C.S.;
- la date de l'interprétation comme date de service;
- le numéro d'établissement où **l'interprétation a été faite**;
- le lieu **où la technique a été faite** dans un document complémentaire joint ou sur une ligne du formulaire 1606.

**Remarque :** <sup>1</sup>Si le médecin n'a pas le même mode de rémunération dans les deux établissements, il doit facturer son service selon le mode prévalant dans celui où l'interprétation a été faite.

Pour les cas de refacturation (lettre B), voir les sections [Paiement refusé en totalité](#) et [Annulation d'une demande de paiement](#) du présent guide.

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

		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>							
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE      MOIS      JOUR      ANNÉE      MOIS      JOUR DU             AU							
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM _____		NOM _____		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ			
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM _____			NUMÉRO	DÉPARTEMENT OU SERVICE					
NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NOMBRE D'ACTES			À L'USAGE DE LA RÉGIE			
1	_____	_____	_____			_____			
19	_____			_____			TOTAL →		
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULEES _____ NOM EN LETTRES MOULEES _____				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULEES _____ NOM EN LETTRES MOULEES _____					
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.				DATE ANNÉE      MOIS      JOUR	LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.				
1606 292 25/10				DATE ANNÉE      MOIS      JOUR	DATE ANNÉE      MOIS      JOUR				
<b>TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</b>									

### 1.2.1.6 Section 6

#### Signature du professionnel et du mandataire

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

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

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

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

#### 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 lettre moulées dans les cases appropriées.

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

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

#### Exemple – Signature du médecin et attestation de l'établissement (section 6)

19					
			C.S.	TOTAL ➔	
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES Roland			<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES Paul		
NOM EN LETTRES MOULÉES Untel			NOM EN LETTRES MOULÉES Untel		
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.			LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		
<i>R. Untel</i>			<i>Paul Untel</i>		
DATE ANNÉE      MOIS      JOUR 2   5   1   1   1   8			DATE ANNÉE      MOIS      JOUR 2   5   1   1   1   8		
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.					
1606 292 25/10					

### 1.2.2 Expédition

Le médecin doit transmettre à la RAMQ la copie portant les deux signatures, remettre une copie à l'établissement et conserver cinq 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;
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

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

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

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

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

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

---

- 1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**  
Inscrire le prénom et le nom complets du médecin qui a rendu les services;
- 2. NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription du médecin attribué par la RAMQ (sept chiffres);
- 3. NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si le médecin 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. PARTIE RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :**  
Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par le médecin lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)

## 1. Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ <b>①</b>	NOM DU PROFESSIONNEL <b>②</b>	NOMBRE DU GROUPE <b>③</b>	NOMBRE DE LA DEMANDE DE PRÉVENTION <b>④</b>
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE <b>⑤</b>	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE <b>⑥</b>	DATE DU SERVICE ANNÉE <b>⑦</b> MOIS <b>⑧</b> JOUR <b>⑨</b>	

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

**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 agrafez).

Dans les cas d'urgence, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944) pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de l'examen, ainsi que le motif de l'urgence (pour une autopsie, indiquer l'heure de début de l'autopsie).

Si la demande de paiement couvre plus d'un acte, mentionner le numéro de la ou des lignes visées sur la demande de paiement.

## 2 FRAIS DE DEPLACEMENT ET DE SEJOUR

En vertu de l'Entente, les dispositions relatives aux déplacements sont regroupées aux paragraphes 30.05 à 30.11 du *Chapitre VIII – Dispositions relatives aux effectifs médicaux* de la *Brochure n° 1*.

La présente section comporte les instructions qui s'y rapportent.

Pour trouver des exemples, des précisions reliées au type de moyen de transport utilisé, etc., rendez-vous dans la rubrique [Frais de déplacement](#) à l'onglet *Facturation et rémunération*.

Vous trouverez le texte intégral des paragraphes 30.05 à 30.11 au *Chapitre VIII – Dispositions relatives aux effectifs médicaux* de la *Brochure n° 1*.

### 2.1 Instruction de facturation des frais de déplacement

1. Si vous utilisez la *Facture de services médicaux* pour facturer vos services à l'acte, vous devez inscrire vos frais de déplacement (transport et temps). Consultez la rubrique [Frais de déplacement](#) sous l'onglet *Facturation et rémunération* ou la section *Facture de frais de déplacement* du Guide de facturation – *Rémunération à l'acte*.
  2. Si vous utilisez la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) :
    - remplir le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988), s'il y a lieu, de la façon habituelle;
    - suivre les instructions suivantes pour le formulaire 1606 :
      - A. **Frais de transport :**
        - **véhicule personnel uniquement** : 0,86 \$<sup>2</sup> par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'au centre hospitalier.  
Remplir le formulaire de la façon habituelle pour facturer des services rendus lors de votre déplacement et réserver de l'espace pour ajouter les informations suivantes :
          - inscrire le code **99900** dans la case *CODE D'ACTE*, le chiffre **1** dans la case *NOMBRE D'ACTES*, inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
          - **PRECISER LE CODE POSTAL DE VOTRE LIEU DE DÉPART SUR LE FORMULAIRE;**
          - **NE PAS UTILISER LE FORMULAIRE Demande de remboursement des frais de déplacement (1988);**
- Note : Les reçus d'essence ne sont pas requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.**

<sup>2</sup> Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents*. Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante :

[https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire\\_affaire\\_avec\\_etat/cadre\\_normatif/frais\\_deplacement.pdf](https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/cadre_normatif/frais_deplacement.pdf)

- **autres moyens de transport (en plus, ou non, de votre véhicule personnel) :**
  - remplir le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) en y précisant le détail des dépenses effectuées;
  - utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement;  
Sur la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) :
    - inscrire le code **99910** dans la case *CODE D'ACTE* et le chiffre **1** dans la case *NOMBRE D'ACTES*,
    - ne rien inscrire dans la case *TARIF*,
  - inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
  - annexer les originaux des pièces justificatives (reçus, billets, etc.) à chaque formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) pour une indemnité totale de plus de 499,99 \$;
  - joindre le tout à la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606). Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne qui contient les renseignements relatifs au déplacement.

**B. Temps de déplacement** : le taux horaire est établi sur la base du taux horaire régulier.

- Si vous avez facturé le code **99910**, remplir le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) pour facturer votre temps de déplacement;
- sur la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606), inscrire le code **99920** sur la ligne suivant le déplacement correspondant;
- inscrire le code **99920** dans la case *CODE D'ACTE*, le nombre d'heures du déplacement dans la case *NOMBRE D'ACTES*, inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué) ou un taxi, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :  
kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.

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

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

Ce formulaire comprend six parties :

1. **PROFESSIONNEL** : Incrire le prénom usuel, le nom de famille et le numéro d'inscription à la RAMQ.
2. **CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : Indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération.
3. **DÉPLACEMENT** : Incrire le code postal du lieu de départ, ainsi que la date et l'heure du départ, le code postal du lieu d'arrivée, ainsi que la date et l'heure d'arrivée, et le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro. Ces renseignements sont **obligatoires**.
4. **FRAIS DE DÉPLACEMENT** :

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

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

Formulaire **Demande de remboursement des frais de déplacement (1988)**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

1988-0

Avant de remplir le formulaire, veuillez lire  
les [informations importantes](#) qui s'y rapportent.Professionnel 1

PRÉNOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

Déplacement 3

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

2

## VOTRE PROFESSION

- Dentiste
- Médecin omnipraticien
- Médecin spécialiste

## MODE DE RÉMUNÉRATION

- Acte
- Honoraires forfaits
- Mixte
- SLE
- Tarif horaire
- Vacation

Frais de déplacement 4

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">4a</span>	TEMPS DE DÉPLACEMENT <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">4b</span>	NBRE D'HEURES FACTURÉES X	TAUX HORAIRE	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
MOYENS DE TRANSPORT					
DATE ANNÉE   MOIS   JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS			MONTANT
Véhicule personnel		KILOMÉTRAGE X	TAUX X	MONTANT TOTAL DES FRAIS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">4d</span>	
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.					

SPECIMEN

Renseignements complémentaires 5


## Signature du professionnel

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

DATE

6

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 16/04

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

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

- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :**  
**Obligation** de transmettre l'original (pas de photocopie)<sup>3</sup> de chacune des pièces justificatives permettant de justifier la facturation **et** une copie du formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) dûment rempli **avec** une copie de la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) en **format papier**, sur laquelle sont facturés les frais de déplacement.
- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$ :**  
**Conserver l'original** (pas de photocopie)<sup>1</sup> de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) dûment rempli pendant cinq ans, pour permettre de justifier la facturation aux fins de vérification éventuelle de la RAMQ **avec** la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606), sur laquelle sont facturés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement **sans** copie des pièces justificatives.

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

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

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

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

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

---

<sup>3</sup> Exception sous certaines conditions pour le billet électronique des compagnies d'aviation. Vous trouverez ces conditions en consultant la rubrique [Frais de déplacement](#).



## 3 PAIEMENT

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

### 3.1 Mode de paiement

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

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

### 3.2 Délai de paiement

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les quarante-cinq 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 des services.**

### 3.3 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.

#### 3.3.1 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.

##### 3.3.1.1 Renseignements généraux

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

- 1. NOM** : Les nom et prénom du médecin.
- 2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du médecin ainsi que son chiffre-preuve (sept chiffres).
- 3. N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
- 4. N° DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, **la lettre C** figure entre parenthèses et dans le second cas, **la lettre V**.

5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : **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 huit pages.
9. **NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

**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			
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07	20AA-09-26 (P) 20AA-09-16 (T)	OR-04	001 DE 002

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

SOMMAIRE

OR341 - 4702 092007

VOIR AU VERSO

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

### 3.3.1.2 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. Déductions cumulatives

#### 4. Description des codes de transaction

#### 5. Détails des cumuls des plafonnements

- nom du plafonnement;
- cumul par période;
- montant du plafonnement par période.

Notes :

- Cette information est disponible uniquement sur l'état de compte électronique déposé dans la messagerie sécurisée de la RAMQ;
- Cette section sera visible uniquement si des transactions liées à votre plafonnement ont eu lieu dans le cycle de paiement en cours de votre état de compte;
- Lorsque le médecin détient plusieurs comptes administratifs, la même information des détails des cumuls des plafonnements paraît sur chacun des états de compte;
- Le message informatif suivant s'affiche lors de l'atteinte du plafonnement :  
Le plafonnement Plaf. trimestriel FMOQ a été atteint le AAAA-MM-JJ pour la période du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ.

**SOMMAIRE**

**MESSAGES GÉNÉRAUX (1)**

**PAIEMENTS ET RETENUES (2)**

<b>PAIEMENTS</b>		
DP ou facture payée	00000,00	
<b>TOTAL DU PAIEMENT</b>	00000,00	
<b>RETIENUES</b>		
Tarif Cpte Annuel	00,00-	
<b>TOTAL DES RETENUES</b>	00,00-	
<b>MONTANT NET</b>	00000,00	
<b>DÉDUCTION CUMULATIVES (3)</b>		
Cotisation synd. F.M.O.Q.	0000,00	
<b>DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) (4)</b>		
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.		
<b>DÉTAILS DES CUMULS DES PLAFONNEMENTS (POUR LE CYCLE EN COURS) (5)</b>		
PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ		
PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PLAF TRIMESTRIEL FMOQ	00 000,00\$	00 000,00\$

**MESSAGES**

- LE PLAFONNEMENT PLAF TRIMESTRIEL FMOQ A ÉTÉ ATTEINT LE 20AA-MM-JJ POUR LA PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ.

**REMARQUE:**

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

**FIN DU RELEVÉ**

OR341-4702 101620

### 3.3.1.3 Détail des demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. N° DE LA DEMANDE :** Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière.)

Les demandes de paiement pour les services de laboratoire en établissement sont identifiées par la lettre **H** précédant le numéro de la demande.

- 2a. DATE** : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (ex. : AA0329, c'est-à-dire AA pour 20AA, 03 pour mars et 29 pour le quantième).
- 3a. ACTE** : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne. Cette colonne ne s'applique que pour les médecins rémunérés à l'acte.
- 4a. PERSONNE ASSURÉE (PERS. ASS.)** : Pour les SLE, rien ne figure dans cette colonne.
- 5a. CODE** : Numéros se référant à la nature de la transaction **TRA** et à un message explicatif approprié **EXPL**.
- 6a. MONTANT PAYÉ** : Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec

Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

### ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										DEMANDES DE PAIEMENT RECUES 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									
UNTEL		ROBERT			0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07	20AA-09-26 (P)	002							
									20AA-09-16 (T)	OR-04	DE 002						
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA, EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA, EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA, EXPL.	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a	6a												
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																	

DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22																	
REMARQUE : RESOUTMETRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																	
FIN DU RELEVÉ																	

### 3.3.2 Vérification des paiements

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

## 3.4 Règlement des demandes de paiement

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

### 3.4.1 Paiement autorisé tel que demandé

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

### 3.4.2 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 paraîsse 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.

### 3.4.3 Paiement refusé en partie

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

### 3.4.4 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. De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

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

- 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 le refus figure.

Ces deux derniers renseignements doivent être inscrits dans l'espace disponible sur le formulaire [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) ou utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944). Joindre ces nouvelles demandes de paiement à l'envoi régulier.

- RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 3.5.

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.**

### 3.4.5 Annulation d'une demande de paiement

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

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

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

**IMPORTANT :** 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 fait l'objet du refus de paiement ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

Ces deux derniers renseignements doivent être inscrits dans l'espace disponible sur le formulaire [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) ou, vous devez utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944). Joindre ces nouvelles demandes de paiement à l'envoi régulier.

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

Le médecin qui désire modifier des éléments sur une demande de paiement déjà payée ne doit pas soumettre une nouvelle demande, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 3.5.

## 3.5 Liste des codes de transaction

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

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

## 3.6 Liste des messages explicatifs

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

## 3.7 Calendriers de paiement

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

## 4 DEMANDE DE REVISION OU D'ANNULATION

### 4.1 Instructions pour effectuer une demande de révision

Vous pouvez faire une demande de révision pour une demande de paiement refusée en tout ou en partie. Si vous souhaitez faire modifier ou annuler une demande de paiement payée, vous devez aussi nous demander une révision.

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

Pour toute demande de révision, remplissez le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et expédiez-le à l'adresse indiquée sur les [instructions de remplissage](#) du formulaire. Précisez notamment les informations suivantes :

- Mode de rémunération utilisé pour la demande de paiement à réviser;
- Numéro de la demande de paiement à 4 chiffres;
- Message explicatif indiqué à l'état de compte;
- Date du dernier état de compte sur lequel figure la demande de paiement à réviser.

#### 4.1.1 Pièces justificatives à joindre à la demande de révision

Lorsque vous contestez une décision de la RAMQ, veuillez joindre une copie des pièces justificatives à votre demande de révision, par exemple :

- Avis de service;
- Attestation de présence;
- Notes explicatives;
- Billets d'avion, factures de location de voitures et reçus de courses en taxi, s'il s'agit d'une demande de remboursement pour des frais de déplacement.

Votre demande pourra ainsi être traitée plus rapidement sans que nous ayons besoin de vous adresser une demande de renseignements. Les pièces justificatives et le formulaire doivent être lisibles. Le numéro ou le nom des professionnels concernés doit aussi être inscrit en lettres majuscules sous les signatures.

#### 4.1.2 Situations ne pouvant pas faire l'objet d'une demande de révision

- Vous ne devez pas soumettre de nouvelle demande de révision pour une demande de paiement ayant déjà fait l'objet d'une demande de révision pour laquelle vous n'avez pas encore eu de code TRA 21 ou TRA 22 à l'état de compte. Pour plusieurs situations, le délai de révision peut être plus long que 90 jours, entre autres, lorsqu'un autre secteur de la RAMQ doit être interpellé.
- Les demandes de paiement en cours de traitement (TRA 05) ne peuvent pas faire l'objet d'une révision.

- Les demandes de paiement retenues pour faillite, saisie, décès, arrêt de paiement ou statut d'inscription (TRA 50) ne peuvent pas faire l'objet d'une révision. Pour toute question concernant des demandes de paiement TRA 50, communiquez avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

## 4.2 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. Pour recevoir des notifications, [fournissez-nous votre adresse courriel](#).. À défaut d'avoir procédé à votre inscription à nos services en ligne, vous recevrez notre correspondance par la poste.

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.

## 4.3 Demande d'annulation

---

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

## 5 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

Exceptionnellement, le médecin omnipraticien peut demander à la RAMQ de lui permettre de soumettre une demande de paiement après le délai de 90 jours. 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.

## 6 NOUS JOINDRE

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



## Annexe I – Liste des codes de discipline

Liste des codes de discipline à utiliser pour remplir la case *CODE DE LA SPÉCIALITÉ* de la *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606)*.

Code	Signification
02	Anatomopathologie
06	Cardiologie
33	Médecine nucléaire
37	Électroencéphalographie

## Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples

### Liste des modificateurs simples

PRÉAMBULE GÉNÉRAL	
Pour les soins rendus entre 19 heures et 7 heures (majoration de 46 %) .....	MOD 014
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
RÈGLE 3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER	
Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative.....	MOD 074
TARIF	
Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni :	
En établissement .....	MOD 021

### Liste des modificateurs multiples

Aucun

## Annexe III – Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification

**A** : Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.

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

**N** : Demande d'honoraire additionnel.

**Remarque :** Lorsqu'il y a plus de deux lettres, **la lettre A** devient la moins prioritaire. Incrire **la lettre A** ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.