



MÉDECINS OMNIPRATICIENS

GUIDE DE FACTURATION

Services de laboratoire en établissement (SLE)



Table des matières

Sommaire des modifications apportées	3
Introduction	4
1 Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	5
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
2 Frais de déplacement et de séjour	15
2.1 Instruction de facturation des frais de déplacement	15
2.2 Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) – Description du formulaire	16
3 Paiement.....	21
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
4 Demande de révision ou d'annulation	28
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
	Annexe I – Liste des codes de discipline	33
	Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples	34
	Annexe III – Lettres s’appliquant à la case C.S. et leur signification	35

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**)¹;

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 privilèges 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*.

¹Pour 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.

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: 1

CEtte DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE: ANNÉE MOIS JOUR 2 ANNÉE MOIS JOUR
DU AU

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	NUMÉRO D'ACTES	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1				
2	5			
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 NOM EN LETTRES MOULÉES DATE ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT: PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES 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

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE	
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2 1		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR 2 ANNÉE MOIS JOUR DU 2 5 0 3 0 9 AU 2 5 0 3 1 5	
PROFESSIONNEL PRÉNOM 3 Roland		NOM Untel	
ÉTABLISSEMENT NOM 4 Hôpital de la Vallée		NUMÉRO 78365	DÉPARTEMENT OU SERVICE Cardiologie
		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1975653	N° DU GROUPE 06
		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 06	
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 : Inscrire 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	A 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

PRENOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE _____ DATE _____

ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRENOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____

LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SONATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI S'AGIT 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

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 tarifié

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).

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE					
		ANNÉE		MOIS		JOUR	
DU				AU			
PROFESSIONNEL		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE	
PRÉNOM						CODE DE LA SPÉCIALITÉ	
ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		DÉPARTEMENT OU SERVICE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NOM							
NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR		NOMBRE D'ACTES		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
1							
19							
C.S.		TOTAL					
5							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT					
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES			
NOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES			
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 SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		DATE		DATE	
DATE		DATE		ANNÉE		ANNÉE	
ANNÉE		ANNÉE		MOIS		MOIS	
MOIS		MOIS		JOUR		JOUR	
JOUR		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.							

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 : ¹Si 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.

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE															
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ANNÉE</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td style="text-align: center;">JOUR</td> <td style="text-align: center;">ANNÉE</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td style="text-align: center;">JOUR</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>				ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR						
ANNÉE	MOIS	JOUR	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 1	CODE D'ACTE 	MODIFICATEUR 	NOMBRE D'ACTES 		À L'USAGE DE LA RÉGIE 												
19																	
		C.S. <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 5 </div>		TOTAL ▶													
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES 		NOM EN LETTRES MOULÉES 		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES 													
				NOM EN LETTRES MOULÉES 													
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		DATE ANNÉE MOIS JOUR 		LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.													
				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.																	

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 ▶	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE <small>PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES</small> Roland			<small>NOM EN LETTRES MOULÉES</small> Untel		
<small>JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.</small> <i>R. Untel</i>			<small>DATE</small> ANNÉE MOIS JOUR 2 5 1 1 1 8		
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT <small>PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES</small> Paul			<small>NOM EN LETTRES MOULÉES</small> Untel		
<small>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.</small> <i>Paul Untel</i>			<small>DATE</small> 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)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : Inscrire le prénom et le nom complets du médecin qui a rendu les services;</p> <p>2. NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : Inscrire le numéro d'inscription du médecin attribué par la RAMQ (sept chiffres);</p> <p>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;</p> <p>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</p> | <p>tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;</p> <p>5. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : Ne rien inscrire;</p> <p>6. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : Ne rien inscrire;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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 DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

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 \$² 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;
- **préciser 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.

² 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

- **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** : Inscrire 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** : Inscrire 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** : Inscrire le temps consacré à ce déplacement, le cas échéant, selon l'Entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant **calculé à 100 %**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
Kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.
- 4.c MOYEN DE TRANSPORT** : Inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué, ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux (ou des adresses) du lieu de départ situé au Québec et de l'établissement visité. **MONTANT TOTAL DES FRAIS** : Inscrire 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

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

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

Professionnel 1

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

Déplacement 3

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

2

VOTRE PROFESSION

- ☐ Dentiste
☐ Médecin omnipraticien
☐ Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

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

Frais de déplacement 4

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.

4a

TEMPS DE DÉPLACEMENT 4b

NBRE D'HEURES FACTURÉES

TALX HORAIRE

MONTANT (CALCULÉ À 100%)

À L'USAGE DE LA RÉGIE

DATE			MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	MOYENS DE TRANSPORT		MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
ANNÉE	MOIS	JOUR		DÉTAILS			
			4c				
			Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	TALX		
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.						MONTANT TOTAL DES FRAIS	4d

Renseignements complémentaires

5

Signature du professionnel

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

DATE

6

À L'USAGE DE LA RÉGIE

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)³ 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)¹ 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.

³ 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.

Régie de
l'assurance maladie

Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

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

1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 1125 RUE FICTIF QUÉBEC QC G1K 7T3 9				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à : Québec : (418) 643-8210 Montréal : (514) 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) : 1 800 463-4776			
SOMMAIRE							

OR341 - 4702 092007
VOIR AU VERSO

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

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			
PAIEMENTS			
DP ou facture payée		00000,00	00000,00
TOTAL DU PAIEMENT			00000,00
RETENUES			
Tarif Cpte Annuel	00000	00,00-	00,00-
TOTAL DES RETENUES			00,00-
MONTANT NET			00000,00
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ③			
Cotisation synd. F.M.O.Q.		0000,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ④			
(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) ⑤			
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.



Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE												DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		NO DU PAIEMENT		PAGE	
NOM						NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DU CHÉQUE 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)		0R-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 REMBOUSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22																	
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																	

OR341 - 4702 092007

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 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.

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 :

- 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 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.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 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 : Inscire 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	Anatomo-pathologie
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. Inscrire **la lettre A** ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.