

GUIDE DE FACTURATION

Mesures incitatives et programme de formation continue





Table des matières

In	trodu	ction	1
1 re		nande de remboursement des mesures incitatives (3336) et Demande de ursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)	3
	1.1	Avant-propos	3
	1.2	Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire	
	1.3	Expédition	16
		Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)	
2	Paie	ement	19
	2.1	Mode de paiement	19
	2.2	Délai de paiement	19
	2.3	État de compte	19
	2.4	Règlement des demandes de remboursement 2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé 2.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement 2.4.3 Paiement refusé en partie 2.4.4 Paiement refusé en totalité 2.4.5 Modification d'une demande déjà payée 2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement	24 24 25 25
	2.5	Demande de révision	
	2.6	Demande d'annulation	26
	2.7	Liste des codes de transaction	26
	2.8	Liste des messages explicatifs	26
	2.9	Calendriers de paiement	26
3	Den	nande de facturation hors délai	27
4	Nou	s ioindre	28

i

Introduction

Le Guide de facturation – Mesures incitatives et programme de formation continue vise à vous renseigner sur les modalités de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À cet égard, il contient notamment la rédaction des demandes de remboursement 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, **nous vous recommandons de consulter notre site Web** (section <u>Professionnels</u>) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

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

1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (3336) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT – PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE – ANNEXE XIX – FMOQ (3814)

1.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens admissibles aux mesures incitatives le formulaire <u>Demande de remboursement des mesures incitatives</u> (3336) ainsi que le formulaire <u>Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ</u> (3814).

Le formulaire 3336 est disponible uniquement en version dynamique. Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la section 1.3 de ce guide.

Le formulaire 3814 est accessible uniquement par le service en ligne Facturation - Formulaires.

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

Chaque type de mesure incitative (séjour de formation, prime d'éloignement ou d'isolement, frais de déménagement, frais de sortie) doit faire l'objet d'une demande de remboursement séparée.

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

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

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

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

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

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

(Annexe XII)

La demande de remboursement comporte 9 sections :

- 1. Numéro de contrôle externe;
- 2. Professionnel;
- **3.** Séjour de formation et perfectionnement;
- **4.** Prime d'éloignement;
- 5. Déménagement;

- 6. Sortie;
- 7. Déplacement;
- 8. Renseignements complémentaires;
- **9.** Signature du professionnel.

Guide de facturation - Mesures incitatives

1. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) et Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)

PRÉNOM	2		NC	М				Nº DU PROFESSIONNEL
NOM DE L'ÉTAE	BLISSEMENT					Nº DE L'ÉTA	BLISSEMENT	DATE DE DÉBUT D PRATIQUE À CET END
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ						CODE DE L	OCALITÉ	ANNÉE MOIS
(DECOMPOSITE OF THE PARTY OF T	T DEDEEAT	ONNEMENT						
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS
QUANTIÈME	(3)							AU
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)								
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)								TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE
PRIME D'ÉLOIGNEME	NT)							
PÉRIODE ANNÉE MOIS DU 4	JOUR AU	ANNEE MOI	s JOUR	AVEC PER À CHARGE	SONNES	SAN:	S PERSONNES .	A MONTANT DEMAND
DÉMÉNAGEMENT								
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	LOCALITÉ DE DÉP	ART	,	T T /	TIN	CODE	DE LOCALITÉ	
ANNÉE 5 MOIS JOUR	LOCALITÉ D'ARRIV	ÉE C	PÉ(EIN	CODE	DE LOCALITÉ	MONTANT DEMANDE
		<u> </u>	1 1	ANNEE	MOIS JOUR	ANNEE	MOIS JO	DUR MONTANT DEMAND
	FRAIS D'ENT	REPOSAGE F	ÉRIODE DU	ANNEE		AU	l l	I I
	DEMANDE D				ANNÉE MOIS	JOUR MONTA	NT DE L'ESTIMÉ ((1) MONTANT DE L'ESTI
	(Le montant de demandé)	l'avance sera déduit	du montant	DATE			- 1	
PÉRIODE ANNÉE MOIS	JOUR	ANNÉE MOIS	JOUR NOMBR	E DE PERSONNES AYANT I	EFFECTUÉ LA SORTIE	Inscrivez, dans	lasection «Rens	seignements.complémen
DU 6	AU					les nom, prén à charge qui c	om, date de na int effectué une	issance et lien des per sortie.
DÉPLACEMENT		NOMBRE						
TYPE DE MESURE ANNÉE MOIS	JOUR MOYEN DE TRANSPORT	DE KM (AUTO)	LOCALITÉ I	DE DÉPART		LOCALITÉ D'AR	RIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
7								
						<u></u>		
1 = Ressourcement* ou perfectionnement 2 = Sortie 3 = Déménagement	1 = Auto2 3 = Taxi	= Avion 4 = Autres					L DES FRAIS ÉPLACEMENT	,)
RENSEIGNEMENTS C	OMPLÉMEN'	TAIRES						
	(0)							
	(8)							
SIGNATURE DUARRA							Rén	jie de
SIGNATURE DU PROF		SIGNATURE	(9			DATE ANNÉE MOIS	JOUR l'as	surance maladie

Remarque:

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

1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement

1.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

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

1.2.1.2 Section 2

Professionnel

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

- PRÉNOM : le prénom usuel au complet;
- NOM: le nom de famille au complet;
- Nº DU PROFESSIONNEL: le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- ENDROIT DE PRATIQUE : le nom et le numéro d'établissement ou le nom et le code de la localité de pratique;
- DATE : la date de début de pratique à cet endroit.

1.2.1.3 Section 3

Séjour de formation et perfectionnement

À remplir pour :

- le remboursement des frais de séjour de formation ou de perfectionnement;
- la formation continue dans le cadre de la Section II : Activités de formation dans le cadre d'un groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) en établissement de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant (42);
- la formation en accès adapté dans le cadre de la Lettre d'entente n° 249;
- la formation se rapportant à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 335*.

Remarque:

Au cours de sa première année d'exercice, le médecin à honoraires fixes qui utilise le solde de ses jours de perfectionnement et qui demande l'allocation forfaitaire et des frais de déplacement doit l'inscrire dans la section *Renseignements complémentaires*.

Le médecin qui utilise des journées de formation continue en GMF-U et qui demande l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit l'inscrire dans la section 8 Renseignements complémentaires.

Le médecin qui suit un atelier selon la *Lettre d'entente* n° 249 et qui demande l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour ou des frais de déplacement doit l'inscrire dans la section *Renseignements complémentaires*.

Le médecin qui suit une formation se rapportant à l'utilisation d'un DMÉ selon la *Lettre* d'entente n° 335 et qui demande l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour ou des frais de déplacement doit l'inscrire dans la section *Renseignements complémentaires*.

6

Quantième :

Date représentée par un nombre à 2 chiffres de 01 à 31.

2 octobre 2024

Médecins omnipraticiens

- Période:

Date de début et date de fin de la période couverte par le séjour.

- Rémunération:

Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le médecin omnipraticien reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.

Le médecin qui demande le remboursement de journées de formation continue en GMF-U ne doit rien inscrire dans cette section. Il doit le faire sur la <u>Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat</u> (1216) ou la <u>Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation</u> (1215), selon son mode de rémunération.

Le médecin qui demande le remboursement de journées de formation selon la *Lettre d'entente n°* 249 ne doit rien inscrire dans cette section. Il doit utiliser la facture de services médicaux.

- Allocation forfaitaire:

Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'Entente.

- Total demandé pour l'allocation forfaitaire :

Inscrire la somme des montants demandés pour l'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de 7 jours, utiliser un second formulaire et joindre à ce dernier une copie des pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la <u>Section 7</u>.

Exemple pour les sections 1 à 3

PROFESSIONNEL 2	/							
RÉNOM				NOM				Nº DU PROFESSIONNEL
Pierre				UNTEL				123456
NORDIT E RATIQUE OU Centre hospitalier de Sept-Îles O2693 Copt De L'ÉTABLISSEMENT OU Centre hospitalier de Sept-Îles CODE DE LOCALITÉ Sept-Îles 69711								DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOU 2 0 A A 0 6 1
RESSOURCEMENT* ET	DEDEECT	ONNEMENT	3					
	FENI LOI							
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOU
				04	05	06	07	ANNÉE MOIS JOU
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	$ \begin{array}{c c} & \begin{array}{c} \text{PÉRIODE DU} \\ \text{ANNÉE} & \text{MOIS} \end{array} \end{array} \text{JOUI} \\ \begin{array}{c c} 2 & 0 & A & A & 0 & 6 & 1 \\ \hline \text{AU} \\ 2 & 0 & A & A & 0 & 6 & 1 \\ \end{array} $

Médecins omnipraticiens 2 octobre 2024

Exemple pour la section 3 (activités de formation dans le cadre d'un GMF-U)

JOUR	01	ONNEMENT 02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU
QUANTIÈME	15	16	17					ANNÉE MOIS JOI
RÉMUNÉRATION	10	10	17					2 ₁ 0 ₁ A ₁ A ₁ 0 ₁ 6 1
(1 Jour ou 0,5 Jour)	1	1	1					2 ₁ 0 ₁ A ₁ A 0 ₁ 6 1
LLOCATION FORFAITAIRE Montant demandé par jour)	258	258	258					TOTAL DEMANDE POUR CALLOCATION FOREAUTARE 774 1 00
								774,00
RIME D'ÉLOIGNEME RIODE ANNÉE MOIS	JOUR	ANNÉE M	DIS JOUR					, MONTANT DEMANDÉ
U MUS	AU	ANNEE M	JIS JOUR	AVEC PER À CHARGE			S PERSONNES IRGE	A I
ÉMÉNAGEMENT								_
ATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	LOCALITÉ DE DÉR	ART				CODE	DE LOCALITÉ	
L	LOCALITÉ D'ARRIV	rÉE.				CODE	DE LOCALITÉ	MONTANT DEMANDÉ
<u> </u>								
	FRAIS D'ENT	REPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE	MOIS JOUR	ANNÉE AU	MOIS J	DUR MONTANT DEMANDÉ
			PERIODE DO			AU		
	DEMANDE D				NNÉE MOIS	JOUR MONTA	ANT DE L'ESTIMÉ	(1) MONTANT DE L'ESTIMÉ (2
	(Le montant de demandé)	l'avance sera dédi	ult du montant	DATE	1 .	1.1	!	1
ORTIE								
DIADE	IOLE	ANNÉE ME	NOM BLOLE SIC	BE DE PERSONNES AVANT E	EHECTUÉ LA SORTIE	Inscrivez dans	siasection « Ren	seignements complémentaire
RIODE ANNÉE MOIS .	JOUR AU	ANNÉE MC	NOM NOM	BRE DE PERSONNES AVANT I	EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prên		alssance et lien des personr
RIODE ANNÉE MOIS . U			DIS JOUR NOM	BRE DE PERSONNES AVANT S	EFFECTUÉ LA SORTE	les nom, prên	om, date de na	alssance et lien des personr
EPLACEMENT DATE	AU MOYEN DE	NOMBRE DE KM		BRE DE PERSONNES AVANT E	EFFECTUÉ LA SORTE	les nom, prên	iom, date de na ont effectué una	alssance et lien des personr
PIODE ANNÉE MOIS ÉPLACEMENT	AU	NOMBRE			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prên â charge qui o	iom, date de na ont effectué una	alssance et lien des personr e sortie.
EPLACEMENT DATE	AU MOYEN DE	NOMBRE DE KM			HTHE CTUÉ LA SORTIE	les nom, prên â charge qui o	iom, date de na ont effectué una	alssance et lien des personr e sortie.
EPLACEMENT DATE	AU MOYEN DE	NOMBRE DE KM			EFFECTUÉ LA SONTIE	les nom, prên â charge qui o	iom, date de na ont effectué una	alssance et lien des personr e sortie.
EPLACEMENT DATE	AU MOYEN DE	NOMBRE DE KM			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prên â charge qui o	iom, date de na ont effectué una	alssance et lien des personr e sortie.
EPLACEMENT DATE	AU MOYEN DE	NOMBRE DE KM			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prên â charge qui o	iom, date de na ont effectué una	
EPLACEMENT DATE	AU MOYEN DE	NOMBRE DE KM			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, prên â charge qui o	iom, date de na ont effectué una	alssance et lien des personr e sortie.
EPLACEMENT FE E DATE ANNÉE MOIS RESSURE ANNÉE MOIS	MOYEN DE THANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personr e sortie. MONTANT DEMANDÉ
RIODE ANNÉE MOIS EPLACEMENT FEE DATE ANNÉE MOIS	MOYENE JOUR TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, dale de ni ont effectué una RRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
EPLACEMENT FE E DATE ANNÉE MOIS RESSURE ANNÉE MOIS	MOTENE E TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO) Avion 4 - Autos			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personi e sortie. MONTANT DEMANDÉ
RIODE ANNÉE MOIS EPLACEMENT FE E DATE SINFE ANNÉE MOIS Resourcement ou perfedionnement Sortie 3 – Déméragement	MOTENE E TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO) Avion 4 - Autos			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personr e sortie. MONTANT DEMANDÉ
EPLACEMENT EPLACEMENT DATE Softe ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 2 - Déméragement ENSEIGNIEMIENTS CO	MOYENE JOLE 1 - Auto2 1 - Auto2 DMPLÉMEN	NOMBRE DE RM (AUTO)			EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personr e sortie. MONTANT DEMANDÉ
RESOURCE ANNÉE MOIS EPLACEMENT FRE DATE ANNÉE MOIS RESOURCEPST ou persolucrement Sorie 3 – Démiragement ENSEIGNEMENTS CO	MOTENCE JOUR MOTENCE THANSPORT 1 - Auto2 3 - Taxi DMPTEMEN	NOMBRE DE KM (AUTO) - knon - L- Latres TAIRES	LOGALITÉ		EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personi e sortie. MONTANT DEMANDÉ
EPLACEMENT EPLACEMENT DATE Softe ANNÉE MOIS Ressourcement ou perfectionnement Sortie 2 - Déméragement ENSEIGNIEMIENTS CO	MOTENCE JOUR MOTENCE THANSPORT 1 - Auto2 3 - Taxi DMPTEMEN	NOMBRE DE KM (AUTO) - knon - L- Latres TAIRES	LOGALITÉ		EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personi e sortie. MONTANT DEMANDÉ
RESOURCE ANNÉE MOIS EPLACEMENT FRE DATE ANNÉE MOIS RESOURCEPST ou persolucrement Sorie 3 – Démiragement ENSEIGNEMENTS CO	MOTENCE JOUR MOTENCE THANSPORT 1 - Auto2 3 - Taxi DMPTEMEN	NOMBRE DE KM (AUTO) - knon - L- Latres TAIRES	LOGALITÉ		EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personi e sortie. MONTANT DEMANDÉ
RESOURCE ANNÉE MOIS EPLACEMENT FRE DATE ANNÉE MOIS RESOURCEPST ou persolucrement Sorie 3 – Démiragement ENSEIGNEMENTS CO	MOTENCE JOUR MOTENCE THANSPORT 1 - Auto2 3 - Tool DMPTEMEN	NOMBRE DE KM (AUTO) - knon - L- Latres TAIRES	LOGALITÉ		EFFECTUÉ LA SORTIE	les nom, pren à charge qui i LOCALITÉ D'AF	iom, date de ni ont effectué une relivée	alssance et lien des personr e sortie. MONTANT DEMANDÉ

Guide de facturation - Mesures incitatives

1. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) et Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)

Exemple pour les sections 3, 7 et 8 (Lettre d'entente n° 249)

PRÉNOM D'				NOM				Nº DU PROFESSION	
Pierre Nom de l'Établ				UNTEL		N° DE L'ÉT/	ABLISSEMENT	12345 DATE DE DÉB	JT DE
ENDROIT DE PRATIQUE OU CLSC du LOCALITÉ	CSSS de	l'Hémati	te			CODE DE L	1292 .OCALITÉ	PRATIQUE À CET ANNÉE MO	ENDROIT DIS JOU
								2 0 A A 0	6 1
RESSOURCEMENT* E	PERFECT 01	IONNEMEN 02	3	04	05	06	07	PÉRIODE	DU
QUANTIÈME	15	16	17					ANNÉE MO	ois jou $_{f 1}6 f 1$
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	Note	: Ne rien	inscrire s	ur cette ligne).			AU	6 1
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	258	258	258					TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLO FORFAITAIRE	CATION 4 00
PRIME D'ÉLOIGNEME	NT)								
PÉRIODE ANNÉE MOIS DU	JOUR AU	ANNÉE	MOIS JOUR	AVEC PERSO À CHARGE	NNES	☐ SAN	S PERSONNES A	À MONTANT DEM	ANDÉ I
DÉMÉNAGEMENT									
DATE DU DÉMÉNAGEMENT	OCALITÉ DE DÉP	ART				CODE	DE LOCALITÉ		
ANNÉE MOIS JOUR L	OCALITÉ D'ARRIV	/ÉE				CODE	DE LOCALITÉ	MONTANT DEMA	ANDÉ
				ANNÉE MO	IS JOUR	ANNÉE	MOIS JO	UR MONTANT DEMA	I NDÉ
	FRAIS D'EN	TREPOSAGE	PÉRIODE DU			AU			ļ
	DEMANDE D)'AVANCE e l'avance sera de	éduit du montant	DATE	ÉE MOIS	JOUR MONTA	ANT DE L'ESTIMÉ (1) MONTANT DE L'	ESTIMÉ (2
SORTIE	demandé)						<u> </u>		<u> </u>
PÉRIODE ANNÉE MOIS . DU	OUR AU	ANNÉE	MOIS JOUR NO	MBRE DE PERSONNES AYANT EFFE	GTUE LA SUHTIE	les nom, prén		eignementscomplér issance et lien des sortie	
DÉPLACEMENT 7						a onargo qui	sii onootao ano	50140.	
TYPE DE MESURE ANNÉE MOIS	JOUR MOYEN DE	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALIT	TÉ DE DÉPART		LOCALITÉ D'AF	RRIVÉE	MONTANT DEMAN	NDÉ
1 2 0 A A O 6	1.5 2		Fermont		Mon	tréal		52	5¦00
1 2 9 11 11 9 9	110 2		Tormone		1,1011	.vi cui		02	1
									<u> </u>
1 = Ressourcement* ou perfectionnement	1 = Auto2	= Avion				ТОТА	L DES FRAIS	1	
2 = Sortie 3 = Déménagement	3 = Taxi	4 = Autres	8)				ÉPLACEMENT	52	5¦00
RENSEIGNEMENTS CO	DMPLEMEN	IAIRES	<u> </u>						
- Ateliers du progr	amme de	formation	n en accès	adapté - Lett	re d'ente	ente nº 24	9.		
SIGNATURE DU PROF		SIGNATURE				DATE		ie de surance maladie	
J'atteste que les renseigneme			_	e Untel		ANNÉE MOIS	JOUR l'as:	Québe	*

Guide de facturation - Mesures incitatives

1. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) et Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)

Exemple pour les sections 3, 7 et 8 (Lettre d'entente n° 335)

PRÉNOM				NOM				Nº DU PROFESSIONNE	L
Pierre NOM DE L'ÉTABL	ISSEMENT			UNTEL		N° DE L'ÉTA	ABLISSEMENT	123456 DATE DE DÉBUT	DE
ENDROIT DE LOCALITÉ	e Maria					CODE DE L	3307	PRATIQUE À CET EN ANNÉE MOIS	
PRATIQUE						CODE DE L	OCALITE	2 ₁ 0 ₁ A ₁ A 0 ₁ 6	3 1
RESSOURCEMENT* E	PERFECT	ONNEMEN 02	3	04	05	06	07	PÉRIODE DU	
QUANTIÈME	15	16	17	04	- 00	- 00	07	ANNÉE MOIS	јоі 3 1
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)				ır cette ligne	<u>.</u>			AU	-1-
ALLOCATION FORFAITAIRE	258	258	258					TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLOCATI FORFAITAIRE	5 1 ION
(Montant demandé par jour)		200	290					774	<u> 00</u>
1 1	JOUR	ANNÉE	MOIS JOUR	AVEC PERSO	NNES	□ SAN	S PERSONNES À	MONTANT DEMAN	DÉ
DU	AU			A CHARGE		☐ CHA			
DÉMÉNAGEMENT	OCALITÉ DE DÉP	ART				CODE	DE LOCALITÉ	\neg	
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	OO LUITÉ DIA DO	t.							- -
[, , , , , , , , ,]	OCALITÉ D'ARRIN	/EE				CODE	DE LOCALITÉ	MONTANT DEMANE)E
	FRAIS D'ENT	BEPOSAGE	PÉRIODE DU	ANNÉE MO		ANNÉE AU	MOIS JOL	IR MONTANT DEMANE	ΣÉ
	DEMANDE D		PENIODE DO	ANN			ANT DE L'ESTIMÉ (1) MONTANT DE L'EST	I I IMÉ (S
		l'avance sera dé	éduit du montant	DATE		1		,	
SORTIE PÉRIODE ANNÉE MOIS	IOUR	ANNÉE I	MOIS JOUR NO	MBRE DE PERSONNES AYANT EFFE	CTUÉ LA SORTIE	Inscrivez dans	lasection «Rense	ignementscompléme	ntaire
DU	AU		1 1			les nom, prén		sance et lien des pe	
DÉPLACEMENT 7									
TYPE DE MESURE ANNÉE MOIS	JOUR MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALIT	É DE DÉPART		LOCALITÉ D'AF	RRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ	Ė
1 2,0,A,A,0,6	1.5 2		Maria		Mon	tréal		525	100
	110 2		1,10110		1,1011	.vi cui		323	1
									<u>i </u>
1 = Ressourcement* ou perfectionnement	1 = Auto2	- Avion				ТОТА	L DES FRAIS	\	
2 = Sortie 3 = Déménagement	3 = Taxi	4 = Autres					ÉPLACEMENT	525	00
RENSEIGNEMENTS CO	MPLEMEN'	TAIRES	8)						_
- Formation se rap	oortant à	l'utilisati	on d'un do	ssier médica	Lélectror	nique (DM	(É) - Lettre	d'entente nº	33
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					11410 (22.			
SIGNATURE DU PROFI	SSIONNEL						n/		
J'atteste que les renseignemen	nts inscrits sur	SIGNATURE	Diam	e Untel		DATE ANNÉE MOIS	1 00011	e de urance maladie Québec	*
la présente demande sont exa				e vivilei		A A 0.7	10.91	LUEDEC	-de

Médecins omnipraticiens

1.2.1.4 Section 4

Prime d'éloignement ou d'isolement

Section à remplir pour le premier versement de la prime. Par la suite, les autres primes seront versées automatiquement. Le paiement de la prime est effectué dans le mois qui suit le trimestre d'application.

- Période

Pour le premier versement de la prime, la période doit couvrir au moins 10 mois consécutifs à partir de la date d'installation et de début de pratique du médecin omnipraticien dans le secteur.

Les trimestres se répartissent comme suit :

1er: mai, juin, juillet;

2e: août, septembre, octobre;

3e: novembre, décembre, janvier;

4^e: février, mars, avril.

- Avec ou sans personnes à charge

Inscrire un « X » dans la case appropriée.

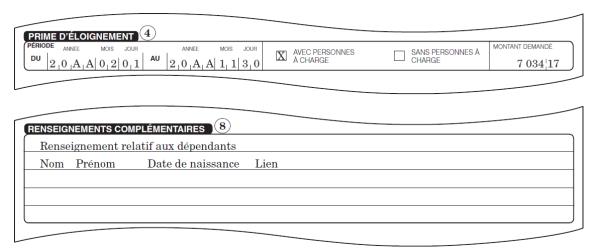
Montant demandé

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

Remarque:

Lorsque vous demandez la prime avec personnes à charge, veuillez spécifier le nom, le prénom, la date de naissance et le lien des personnes à charge dans la section Renseignements complémentaires.

Exemple pour la section 4



1.2.1.5 Section 5

Déménagement

Cette section comporte 3 sous-sections : frais de déménagement, frais d'entreposage et demande d'avance.

1) Frais de déménagement

- · Date du déménagement
- Localité de départ : Localité où le médecin omnipraticien était domicilié.
 - Code de localité
- Localité d'arrivée : Localité où le médecin omnipraticien s'installe.
 - Code de localité
- Montant demandé : Montant correspondant aux frais de déménagement.

2) Frais d'entreposage

- **Période** : Période pendant laquelle les biens du médecin omnipraticien sont entreposés. Utiliser une demande de remboursement par période de 12 mois.
- Montant demandé: Montant correspondant aux frais d'entreposage.

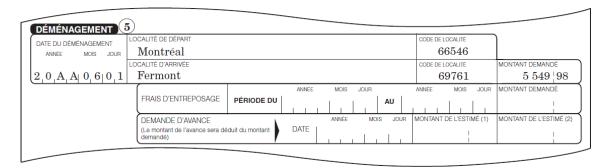
3) Demande d'avance

- Date : Date à laquelle la demande d'avance est effectuée.
- Montant de l'estimation (1): Montant de la première évaluation des coûts de déménagement.
- Montant de l'estimation (2) : Montant de la deuxième évaluation des coûts de déménagement.

Remarque: - Pour les frais de déplacement, voir la <u>Section 7</u>.

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

Exemple pour la section 5



1.2.1.6 Section 6

Sortie

Section à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie. La section *Déplacement* devra également être remplie.

- Période

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

Nombre de personnes ayant effectué la sortie :

Indiquer le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

Remarque: Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le lien des personnes qui ont effectué la sortie dans la section *Renseignements complémentaires*.

1.2.1.7 Section 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement des frais de déplacement :

- occasionnés par un séjour de formation ou de perfectionnement, une sortie ou un déménagement;
- liés à un séjour de formation continue en GMF-U, à un séjour de formation selon la Lettre d'entente n° 249 (voir respectivement les 2^e et 3^e paragraphes de la remarque ci-dessous) ou à une formation se rapportant à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) dans le cadre de la Lettre d'entente n° 335 (voir le dernier paragraphe de la remarque ci-dessous).

Type de mesure

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

- 1 = Séjour de formation ou perfectionnement
- 2 = Sortie
- 3 = Déménagement

Remarque:

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

Si les frais de déplacement sont liés à un séjour de formation continue en GMF-U, utiliser le code « 1 » et indiquer qu'il s'agit de formation continue en GMF-U dans la section Renseignements complémentaires.

Si les frais de déplacement sont liés à un séjour de formation selon la *Lettre d'entente n° 249*, utiliser le code « 1 » et indiquer qu'il s'agit de formation en accès adapté – LE 249 dans la section *Renseignements complémentaires*.

Si les frais de déplacement sont liés à un séjour de formation selon la Lettre d'entente n° 335, utiliser le code « 1 » et indiquer qu'il s'agit de formation se rapportant à l'utilisation d'un DMÉ dans la section Renseignements complémentaires.

Date

Date du déplacement (format année/mois/jour)

- Moyen de transport

Moyen de transport utilisé :

- 1 = Auto (joindre un reçu d'essence ou de stationnement)
- 2 = Avion
- 3 = Taxi
- 4 = Autres

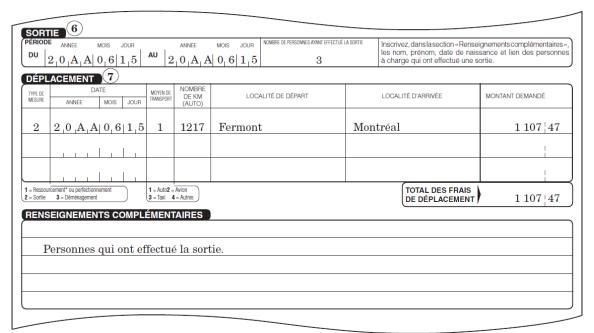
Remarque: Veuillez joindre les pièces justificatives **originales** requises (stationnement, billet d'avion, reçu de taxi et autres).

Nombre de kilomètres (auto) :

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en auto.

- Localité de départ/Localité d'arrivée
- Montant demandé
- Total des frais de déplacement

Exemple pour les sections 6 et 7



1.2.1.8 Section 8

Renseignements complémentaires

Les renseignements complémentaires relatifs aux personnes à charge sont essentiels au règlement lorsque vous demandez une sortie ou pour votre première demande de prime d'éloignement ou d'isolement.

Inscrire également si les montants d'allocation forfaitaire et les frais de déplacement sont demandés en relation avec des congés de perfectionnement, avec la formation continue en GMF-U, avec la formation selon la *Lettre d'entente nº 335*.

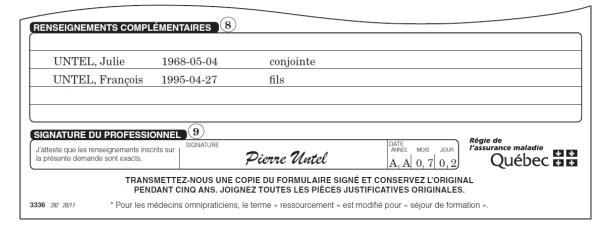
1.2.1.9 Section 9

Signature du professionnel (à remplir obligatoirement)

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

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

Exemple pour les sections 8 et 9



1.3 Expédition

Le médecin omnipraticien doit transmettre à la RAMQ une copie portant une signature et conserver 5 ans une copie en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

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

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

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

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

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

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

1.4 Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)

Le formulaire Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX (3814) peut être transmis à la RAMQ uniquement par le service en ligne <u>Facturation – Formulaires</u>. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne.

L'attestation de présence à la formation, dûment signée par le responsable officiel de la session de formation continue, doit être conservée pendant 5 ans. La RAMQ peut la demander en tout temps. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité, sa durée ainsi que la catégorie de crédits de formation attribués.

Si l'attestation n'est pas produite sur demande de la RAMQ, l'allocation de formation continue versée sera récupérée.

Dans le cas d'une formation par webdiffusion tenue au Québec, en plus de l'attestation, une preuve de la présence en ligne, y compris la durée de la formation, est requise.

2 PAIEMENT

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

2.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines sous forme de virement automatique ou de chèque émis à l'ordre du médecin omnipraticien traitant.

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

2.2 Délai de paiement

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

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

2.3 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.

2.3.1 Description

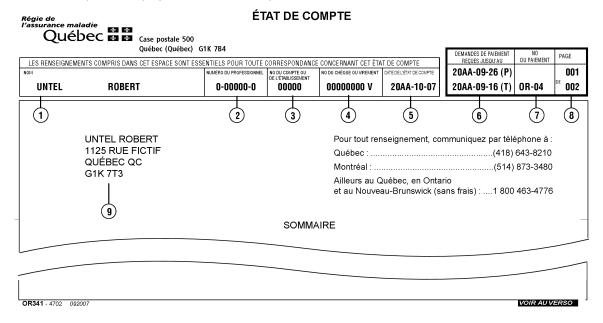
L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de remboursement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

2.3.1.1 Renseignements généraux

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

- 1. **NOM**: Le nom et le prénom du médecin omnipraticien.
- 2. Nº DU PROFESSIONNEL : Le numéro du médecin omnipraticien ainsi que son chiffre-preuve (7 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. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT**: Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre **V**.

- **5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- **6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU**: Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre **P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
- 7. Nº DU PAIEMENT : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
- **8. PAGE**: La pagination se réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
- 9. NOM ET ADRESSE: Le nom et l'adresse postale fournis par le médecin omnipraticien ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.



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

2.3.1.2 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. Descriptions des gains : Mesures incitatives.
- 4. Déductions cumulatives
- 5. Description des codes de transactions (TRA)
- 6. Détails des cumuls des plafonnements
 - nom du plafonnement;
 - cumul par période;
 - montant du plafonnement par période.

Notes:

- Cette information est disponible uniquement sur l'état de compte électronique déposé dans la messagerie sécurisée de la RAMQ;
- Cette section sera visible uniquement si des transactions liées à votre plafonnement ont eu lieu dans le cycle de paiement en cours de votre état de compte;
- Lorsque le médecin détient plusieurs comptes administratifs, la même information des détails des cumuls des plafonnements parait 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.

21

		SOMMAI	RE	
MESSAGES GÉNÉRAU	x (1)			
PAIEMENTS ET RETE	INUES 2			
PAIEMENTS	DP ou facture payée TOTAL DU PAIEMENT		00000,00	
RETENUES	Tarif Cpte Annuel TOTAL DES RETENUES	00000	00,00-	
MONTANT B	IST			00000,00
DESCRIPTION DES G	gains (3)		00000,00	
DÉDUCTIONS CUMULA	Cotisation synd. F.M.O.Q.		0000,00	
(AUCUN CODE) =	LS DES PLAFONNEMENTS (POUR LE (ı facture réglée au montant prélim ENT	inaire.
- PLAF TRIMEST	TRIEL FMOQ 00 000,00\$	00 000,	00\$	
MESSAGES - LE PLAFONNEM	ment plaf trimestriel fmoq a é'	TÉ ATTEINT LE 20AA-	MM-JJ POUR LA PÉRIODE DU 20AA-MM-	JJ AU 20AA-MM-JJ.
RESOUMETT			À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS ION PROFESSIONNELS DU SITE DE LA	
		FIN DU RE	LEVÉ	

OR341 - 4702 101620

2.3.1.3 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction – Sections 1a à 10a

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- **1a.** N° **DE LA DEMANDE** : Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives, par ordre croissant.
- **2a. DATE DE RÉCEPTION**: Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (ex.: AA0122, c'est-à-dire AA pour 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième).
- CODE TRA: Numéros se référant à la nature de la transaction TRA.
- 4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

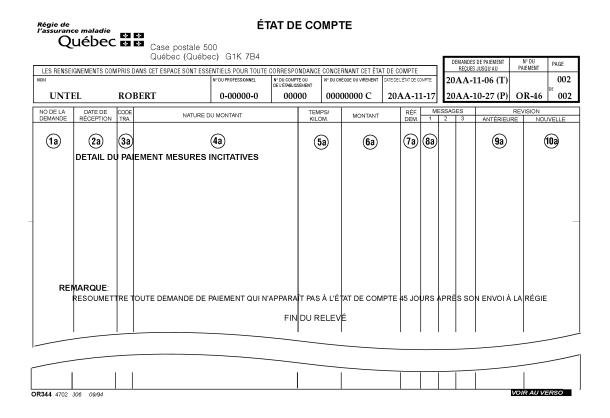
Type de mesure, soit :

- déménagement;
- prime d'éloignement ou d'isolement;
- séjour de formation;
- sortie.

Élément de mesure, soit :

- allocation forfaitaire;
- autres frais;
- demande d'avances;
- déménagement;
- déplacement;
- prime d'éloignement ou d'isolement;
- frais d'entreposage;
- rémunération.
- **5a. TEMPS/KILOM.** : Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- **6a. MONTANT** : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- **7a. RÉF. DEM.** : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- **8a. MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- **9a. RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE: Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé après révision.

23



2.3.2 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 remboursement ou, en facturation informatisée (lorsque disponible), son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

2.4 Règlement des demandes de remboursement

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

2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé

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

2.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement

Toute demande accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande 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.

2.4.3 Paiement refusé en partie

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

2.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02** ou le **22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas, **faire une demande de révision**, s'il y a lieu de contester la décision de la RAMQ, et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises. Voir la section 2.5.

2.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le médecin omnipraticien qui désire modifier des éléments ou des types de mesure déjà payées ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 2.5.

2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement

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

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

Pour être payé, le médecin omnipraticien doit soumettre une nouvelle demande 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.

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

2.5 Demande de révision

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

Le médecin omnipraticien souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander une révision à la RAMQ.

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

Pour toute demande de révision, le médecin omnipraticien doit remplir le formulaire <u>Demande de révision ou d'annulation</u> (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

2.5.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

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

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

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

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

2.6 Demande d'annulation

Les demandes de paiement payées que le médecin omnipraticien souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire <u>Demande de révision ou d'annulation (1549)</u>.

2.7 Liste des codes de transaction

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

La <u>liste des codes de transaction</u> (TRA) est accessible sur le site Web de la RAMQ.

2.8 Liste des messages explicatifs

La liste des messages explicatifs est accessible sur le site Web de la RAMQ.

2.9 Calendriers de paiement

Les Calendriers de paiement sont accessibles sur le site Web de la RAMQ.

3 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 <u>Facturation hors</u> <u>délai</u> du site Web de la RAMQ.

4 NOUS JOINDRE

Consultez la page <u>Nous joindre</u> du site Web de la RAMQ.