



MÉDECINS SPÉCIALISTES

GUIDE DE FACTURATION

Rémunération mixte



Table des matières

Introduction	1
1 Demande de paiement – Rémunération mixte (3743)	3
1.1 Avant-propos.....	3
1.2 Demande de paiement – Rémunération mixte (3743) – Description du formulaire.....	4
1.2.1 Rédaction de la demande de paiement	5
1.2.2 Expédition	14
1.2.3 Secteurs de dispensation	14
2 Paiement – Rémunération mixte	16
2.1 Mode de paiement.....	16
2.2 Délai de paiement	16
2.3 Facturation informatisée.....	16
2.3.1 Retour d’erreurs à l’agence	16
2.4 État de compte.....	17
2.4.1 Description.....	17
2.4.2 Vérification des paiements.....	21
2.5 Règlement des demandes de paiement.....	21
2.5.1 Paiement autorisé tel que demandé	21
2.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	21
2.5.3 Paiement refusé en partie.....	21
2.5.4 Paiement refusé en totalité	22
2.5.5 Annulation d’une demande de paiement	22
2.5.6 Modification d’une demande de paiement payée	22
2.6 Demande de révision.....	23
2.6.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d’une demande de révision	23
2.7 Demande d’annulation	23
2.8 Liste des codes de transaction.....	23
2.9 Liste des messages explicatifs	23
2.10 Calendriers des jours fériés	24
2.11 Calendriers de paiement	24
3 Demande de facturation hors délai	25
4 Nous joindre	26

Introduction

Le *Guide de facturation – Rémunération mixte* vise à vous renseigner sur les modalités d'application de l'entente portant sur le mode de rémunération mixte.

À cet égard, il contient la rédaction de la demande de paiement 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 – REMUNERATION MIXTE (3743)

1.1 Avant-propos

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

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

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

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

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

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

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

Rémunération différente

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon le mode de la rémunération mixte. Voir la rubrique [Rémunération différente \(annexe 19\)](#) sous l'onglet *Facturation et rémunération*.

La [Demande de paiement – Rémunération mixte \(3743\)](#) est rédigée de la façon indiquée dans le présent guide. Les tarifs sont ajustés par la RAMQ lorsque la rémunération différente s'applique.

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

La demande de paiement comporte 14 sections :

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Numéro de contrôle externe; 2. Identité du professionnel ayant rendu les services assurés; 3. Désignation de l'établissement où les services ont été rendus; 4. Période de facturation; 5. Horaire; 6. Indication des activités; 7. Demi-per diem; 8. Total des heures travaillées; | <ol style="list-style-type: none"> 9. Nombre de <i>per diem</i>; 10. C. S. (considération spéciale); 11. Renseignements complémentaires; 12. Nombre de documents annexés; 13. Signature du professionnel ou du mandataire; 14. Signature du chef de département clinique ou du chef de service. |
|---|---|

Remarque : La partie supérieure gauche comporte un espace afin que le professionnel puisse inscrire un numéro de contrôle externe à quatre chiffres. Ce même numéro doit être utilisé pour toutes les correspondances relatives à la demande de paiement visée.

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE
(1)

DEMANDE DE PAIEMENT
Rémunération mixte

Régie de l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
 PRÉNOM **(2)** NOM _____ N° DU PROFESSIONNEL _____ N° DU GROUPE _____

COURSE DE COORDONNÉS (PROF) **(10)** COURSE DE COORDONNÉS (GROUPE) **(12)**

ÉTABLISSEMENT
 DÉPARTEMENT OU SERVICE **(3)** NUMÉRO _____

PÉRIODE
 CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE
 DÉBUTANT LE **5** ANNÉE MOIS JOUR SE TERMINANT LE **6** ANNÉE MOIS JOUR

HORAIRE				ACTIVITÉS												TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	
QUAN- TIÉ	MOIS DE PÉRIODE RÉF.	AM	PM	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	PER DIEM
M	X			1				2				3				01	
M	X			4				5				6				02	
(5)	M	X		7				8			(6)	9				(7)	
M	X			10				11				12					
M	X			13				14				15					
M	X			16				17				18					
M	X			19				20				21					
M	X			22				23				24					
M	X			25				26				27					
M	X			28				29				30					
M	X			31				32				33					
M	X			34				35				36					
M	X			37				38				39					
M	X			40				41				42					
M	X			43				44				45					
M	X			46				47				48					
M	X			49				50				51					
M	X			52				53				54					
M	X			55				56				57					
M	X			58				59				60					

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
 _____ **(11)**

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES **(8)** COURSE DE COORDONNÉS (PROF) **(9)**

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
 PRÉNOM EN LETTRES MOYENNES **(13)** NOM EN LETTRES MOYENNES _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
 PRÉNOM EN LETTRES MOYENNES _____ NOM EN LETTRES MOYENNES _____

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, DATE
 AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS INDICÉS SONT EXACTS. 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 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

Identité du médecin ayant rendu les services assurés

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

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **N° DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (sept chiffres);
- **N° DU GROUPE** : le numéro du compte administratif, s'il y a lieu.

1.2.1.3 Section 3

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

Dans cette section, le médecin doit inscrire :

- **NOM** : le nom complet de l'établissement;
- **NUMÉRO** : le numéro de l'établissement (cinq chiffres). Ce numéro est confirmé par la RAMQ lors de l'inscription du contrat pour la rémunération mixte;
- **DÉPARTEMENT OU SERVICE** : le nom du département ou du service où est autorisé le mode de rémunération mixte pour la spécialité concernée.

1.2.1.4 Section 4

Période de facturation

La période de la demande de paiement couvre **14 jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle**. Pour les périodes exactes, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#) de la rémunération mixte.

Exemple pour les sections 1 à 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2 ①	DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte		<i>Régie de l'assurance maladie</i> Québec		
PROFESSIONNEL PRÉNOM: ② Pierre NOM: Untel		N° DU PROFESSIONNEL: 1 9 9 9 9 9	N° DU GROUPE:	C.S.:	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS:
ÉTABLISSEMENT NOM: ③ Institut de cardiologie et de pneumologie du Québec		NUMÉRO: 0 2 0 6 3	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE		
DÉPARTEMENT OU SERVICE: Cardiologie		DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI ANNEE MOIS JOUR ANNEE MOIS JOUR 2 4 0 1 1 4 2 4 0 1 2 7			

1.2.1.5 Section 5

Horaire

- **Quantième**

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

- **Plage horaire**

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

Le médecin indique par un crochet ou un « **X** » dans quelle période de la journée les activités ont été réalisées.

La plage horaire est **obligatoire**.

Pour le médecin spécialiste autre qu'en anesthésiologie :

- La facturation se fait uniquement en *demi-per diem*;
- Le médecin doit participer à au moins 1 h d'activités pour avoir droit à un *demi-per diem*;
- Le médecin doit participer à au moins 4 h 30 d'activités pour un minimum d'une heure dans chacune des demi-journées pour avoir droit à 2 *demi-per diem*.
- Le médecin doit utiliser une ligne différente pour chacune des plages horaires.
- La journée se divise en deux périodes :
 - o Avant-midi (AM) : 7 h à 12 h,
 - o Après-midi (PM) : 12 h à 17 h.

Par exemple, pour un même jour (quantième), si le médecin a réalisé 6 h d'activités, soit 4 h en avant-midi et 2 h en après-midi :

- sur la première ligne, sélectionner **AM** et inscrire 4 h;
- sur la deuxième ligne, sélectionner **PM** et inscrire 2 h.

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie :

- La facturation se fait en *demi-per diem* et en *per diem*;
- Le médecin doit participer à au moins 3 h 30 d'activités dans une même journée pour avoir droit à un *demi-per diem*;
- Le médecin doit participer à au moins 7 h d'activités au cours d'une journée pour avoir droit à un *per diem*;
- Le médecin peut utiliser une seule ligne pour facturer un *per diem*.
- La journée se divise en deux périodes :
 - o Avant-midi (AM) : 7 h à 12 h,
 - o Après-midi (PM) : 12 h à 15 h.

Par exemple, pour un même jour (quantième), si le médecin a réalisé 7 h d'activités, soit 4 h en avant-midi et 3 h en après-midi, sur une seule ligne, sélectionner **AM** et **PM** et inscrire 7 h.

Exemples pour la section 5

Exemple pour les spécialités autres que l'anesthésiologie (jusqu'au 30 septembre 2021)

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

Guide de facturation – Rémunération mixte
 1. Demande de paiement – Rémunération mixte (3743)

Exemple pour les spécialités autres que l'anesthésiologie (à partir du 1^{er} octobre 2021)

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

1.2.1.6 Section 6

Indication des activités et des heures effectuées

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

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- **Code d'activité**

Le code d'activité est composé de 6 chiffres. Les 3 premiers correspondent à la nature de service, et les 3 suivants, à l'emploi de temps. Les codes d'activité se retrouvent dans les sections appropriées de l'Entente.

Le médecin indique les codes correspondant aux activités accomplies. Trois activités différentes peuvent être inscrites par ligne. Sauf pour le médecin anesthésiologiste, les activités pour les plages horaires AM et PM doivent être saisies sur des lignes différentes.

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

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il n'est pas obligatoire de remplir cette case. Il est utilisé dans tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

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

- **Heures travaillées**

Inscrire le nombre d'heures travaillées pour chacune des activités réalisées.

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

1.2.1.7 Section 7

Per diem

Le médecin ne peut pas facturer plus d'un *per diem* ou deux demi-*per diem* par jour.

Si aucun *per diem* ou demi-*per diem* n'est facturé, cette case doit être laissée vide ou à zéro **(0,0)**.

Aucun *per diem* ou demi-*per diem* ne peut être facturé si aucune heure d'activité n'est présente sur la ligne.

Pour le médecin spécialiste autre qu'en anesthésiologie :

- Un minimum de 1 h d'activité dans une même plage horaire est requis pour facturer un demi-*per diem*. Le médecin doit inscrire **0,5** dans le champ *Per diem*;
- Un minimum de 4 h 30 d'activités est requis pour facturer 2 demi-*per diem*. Le médecin doit utiliser une ligne par plage horaire et inscrire les heures travaillées pour la plage horaire visée et **0,5** dans le champ *Per diem*.

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie :

- Un minimum de 3 h 30 d'activités dans une même journée est requis pour facturer un demi-*per diem*. Le médecin doit inscrire **0,5** dans le champ *Per diem*;
- Un minimum de 7 h d'activités est requis pour facturer un *per diem*. Le médecin doit inscrire **1,0** dans le champ *Per diem*;
- Pour facturer un *per diem*, les activités peuvent être inscrites sur une seule ligne. Ainsi, les cases AM et PM doivent être sélectionnées.

Exemple pour les sections 6 et 7

EXEMPLE de facturation : Anesthésiologiste

HORAIRE				ACTIVITÉS														
QUANTITE	MODE DE REMUNERATION	AM	PM	6			7			8			9					
				REF	CODE D'ACTIVITE	SECTEUR DISP	HEURES TRAVAILLEES	REF	CODE D'ACTIVITE	SECTEUR DISP	HEURES TRAVAILLEES	REF	CODE D'ACTIVITE	SECTEUR DISP	HEURES TRAVAILLEES	REF	CODE D'ACTIVITE	SECTEUR DISP
1,4	M X	X X		1	0,8,4,0,5,3		0,2,0,0	2	0,8,4,0,3,0		0,1,0,0	3	0,8,4,0,5,7		0,4,0,0	61	1,0	
1,5	M X	X X		4	0,8,4,0,3,0		0,1,0,0	5	0,8,4,0,2,1		0,1,0,0	6	0,8,4,0,5,6		0,1,0,0	62	1,0	
1,5	M X	X X		7	0,8,4,0,3,2		0,4,0,0	8				9				63	0,0	
1,6	M X	X X		10	0,8,4,0,3,0		0,4,0,0	11				12				64	0,5	
	M X			13				14				15				65		
	M X			16				17				18				66		
	M X			19				20				21				67		
	M X			22				23				24				68		
	M X			25				26				27				69		
	M X			28				29				30				70		
	M X			31				32				33				71		
	M X			34				35				36				72		
	M X			37				38				39				73		
	M X			40				41				42				74		
	M X			43				44				45				75		
	M X			46				47				48				76		
	M X			49				50				51				77		
	M X			52				53				54				78		
	M X			55				56				57				79		
	M X			58				59				60				80		
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES														TOTAL DES HEURES TRAVAILLEES			NOMBRE DE PER DIEM	
														0,180,0			2,5	

1.2.1.8 Section 8

Total des heures travaillées

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités réalisées pour la période de 14 jours.

1.2.1.9 Section 9

Nombre de demi-per diem

La somme des demi-per diem inscrits

Pour le médecin spécialiste autre qu'en anesthésiologie :

Pour déterminer le nombre maximum de demi-per diem qu'un médecin peut demander par période de 14 jours, il faut diviser par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues au cours de cette période et arrondir à l'unité inférieure.

Ainsi, 27 heures d'activité / 3,5 = 7,71 → 7 demi-per diem = 3,5 per diem.

Pour le médecin en anesthésiologie :

Le nombre maximum de demi-*per diem* qu'un spécialiste en anesthésiologie peut demander par période de 14 jours est de 20, à condition que le nombre minimum d'heures requis pour demander un demi-*per diem* soit respecté (3,5 heures).

1.2.1.10 Section 10

C.S. (considération spéciale)

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

LETTRE B : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

1.2.1.11 Section 11

Renseignements complémentaires

Inscrire la lettre A ou B selon la situation. Le médecin doit fournir les renseignements pertinents pour le règlement de la demande de paiement. Pour la lettre B, il doit fournir le numéro de facture RAMQ de la demande de paiement qui a fait l'objet d'un refus et la date de l'état de compte. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale \(1944\)](#).

1.2.1.12 Section 12

Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement.

1.2.1.13 Section 13

Signature du professionnel ou du mandataire

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

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

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

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

1.2.1.14 Section 14

Attestation de l'établissement

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

Exemple pour les sections 8 à 14

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte										Régie de l'assurance maladie Québec																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
PROFESSIONNEL PRÉNOM		NOM				N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.R. 10 A		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES 12 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
ÉTABLISSEMENT NOM										PÉRIODE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DEPARTEMENT OU SERVICE										CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE		DEBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
										ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
(Per dem = 1,0 ou Dem per dem = 0,5)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SPÉCIMEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">HORAIRE</th> <th colspan="11">ACTIVITÉS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>QUAN- TIÈME</th> <th>MODE DE SIGNI- FICATION</th> <th>AM PM</th> <th>RÉF.</th> <th>CODE D'ACTIVITÉ</th> <th>SECTEUR DISP.</th> <th>HEURES TRAVAILLÉES</th> <th>RÉF.</th> <th>CODE D'ACTIVITÉ</th> <th>SECTEUR DISP.</th> <th>HEURES TRAVAILLÉES</th> <th>RÉF.</th> <th>CODE D'ACTIVITÉ</th> <th>SECTEUR DISP.</th> <th>HEURES TRAVAILLÉES</th> <th>RÉF.</th> <th>PER DIEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>61</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>62</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>63</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>64</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>65</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>66</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>67</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>68</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>69</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>70</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td>33</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>71</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>72</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td>39</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>73</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>74</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>43</td><td></td><td></td><td></td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td>45</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>75</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>46</td><td></td><td></td><td></td><td>47</td><td></td><td></td><td></td><td>48</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>76</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>49</td><td></td><td></td><td></td><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td>51</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>77</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>52</td><td></td><td></td><td></td><td>53</td><td></td><td></td><td></td><td>54</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>78</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>55</td><td></td><td></td><td></td><td>56</td><td></td><td></td><td></td><td>57</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>79</td></tr> <tr><td>M X</td><td></td><td></td><td>58</td><td></td><td></td><td></td><td>59</td><td></td><td></td><td></td><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>80</td></tr> </tbody> </table>														HORAIRE			ACTIVITÉS													QUAN- TIÈME	MODE DE SIGNI- FICATION	AM PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM	M X			1				2				3					61	M X			4				5				6					62	M X			7				8				9					63	M X			10				11				12					64	M X			13				14				15					65	M X			16				17				18					66	M X			19				20				21					67	M X			22				23				24					68	M X			25				26				27					69	M X			28				29				30					70	M X			31				32				33					71	M X			34				35				36					72	M X			37				38				39					73	M X			40				41				42					74	M X			43				44				45					75	M X			46				47				48					76	M X			49				50				51					77	M X			52				53				54					78	M X			55				56				57					79	M X			58				59				60					80
HORAIRE			ACTIVITÉS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
QUAN- TIÈME	MODE DE SIGNI- FICATION	AM PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			1				2				3					61																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			4				5				6					62																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			7				8				9					63																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			10				11				12					64																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			13				14				15					65																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			16				17				18					66																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			19				20				21					67																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			22				23				24					68																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			25				26				27					69																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			28				29				30					70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			31				32				33					71																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			34				35				36					72																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			37				38				39					73																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			40				41				42					74																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			43				44				45					75																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			46				47				48					76																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			49				50				51					77																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			52				53				54					78																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			55				56				57					79																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
M X			58				59				60					80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		NOMBRE DE PER DIEM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
11										8 0 2 3 2 5		9 3 0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE										ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES 13										PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES 14																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
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 S'IGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DATE ANNÉE MOIS JOUR										DATE ANNÉE MOIS JOUR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Pierre Untel 1 6 0 6 3 0										Jacques Responsable 1 6 0 7 0 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

3743 292 1601

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.

1.2.2 Expédition

Le spécialiste doit transmettre à la RAMQ une copie portant une signature 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 (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 spécialiste doit joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de remboursement ou 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 remboursement ou de paiement doivent être transmises à l'adresse suivante :

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

1.2.3 Secteurs de dispensation

S'applique dans tout établissement sauf en CLSC

- 01 Clinique externe
- 02 Moyen séjour
- 03 Courte durée (section générale)
- 04 Longue durée – soins prolongés
- 05 Soins intensifs
- 06 Unité de soins coronariens ou de soins intensifs
- 07 Clinique d'urgence
- 08 Département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code en centre hospitalier de soins psychiatriques)
- 09 Hôpital de jour
- 10 Hôpital à domicile
- 11 Laboratoire
- 13 Service en gériatrie
- 46 Majoration entre 20 h et 8 h pour les forfaits de COVID-19 (art. 3.1 de la *Lettre d'entente n° 238*) (jusqu'au 6 décembre 2020)

- 51** Activités médico-administratives par vidéoconférence ou conférence téléphonique en lien avec la pandémie de la COVID-19 (jusqu'au 31 mars 2023)
- 52** Activités d'enseignement sur plateforme Web (jusqu'au 14 mai 2022)
- 53** Activités par voie de télécommunication

2 PAIEMENT – REMUNERATION MIXTE

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

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

2.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par virement automatique ([compte de finances personnelles ou compte administratif individuel ou collectif](#)) 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.

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

2.3 Facturation informatisée

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

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

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

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

2.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

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

2.4 État de compte

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

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

2.4.1 Description

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

2.4.1.1 Renseignements généraux

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

1. **NOM** : Les nom et prénom du médecin.
2. **N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du médecin ainsi que son chiffre-preuve (sept chiffres).
3. **N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **N° DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre C figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre V.
5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : lettre P pour *papier* ou T pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
7. **N° DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGE** : La pagination se réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. **NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

ÉTAT DE COMPTE

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

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

OR341 - 4702 092007 VOIR AU VERSO

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

2.4.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **Description des gains : Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier).**
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**
6. **Détails des cumuls des plafonnements :**
 - nom du plafonnement. La [liste](#) est disponible sur le site de la RAMQ;
 - cumul par période et par type de plafonnement (plafonnement de gains ou d'activités);
 - 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 vos plafonnements 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 XX 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	
Payée avec montant modifié (tra.02)	000,00	
Révision, décision Régie (tra.22)	00,00	
TOTAL DU PAIEMENT		00000,00

RETENUES

ANN19 REMUNE. DIFFER. AA-MM-JJ	0000,00-	
Cotisation synd. F.M.S.Q.	0000,00-	
TOTAL DES RETENUES		0000,00-

MONTANT NET

00000,00

DESCRIPTION DES GAINS ③

00000,00

DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④

Cotisation synd. F.M.S.Q.	0000,00
---------------------------	---------

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ⑤

(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.

DÉTAILS DES CUMULS DES PLAFONNEMENTS (POUR LE CYCLE EN COURS) ⑥

PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ	PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- ANN19 REMUNE. DIFFER.		000 000,00\$	000 000,00\$

PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ	PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PG2 AUTRES SPEC.		00 000,00\$	000 000,00\$

PLAFONDS D'ACTIVITÉS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PA17 OPHTALMOLO ART.2	0	0
- PA17 OPHT. CAPSULO.	0	0
- PA17 OPHT. RETINO.	0	0

MESSAGES

- LE PLAFONNEMENT ANN19 REMUNE. DIFFER. 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

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. **N° DE LA DEMANDE** : Numéro de contrôle externe de la demande de paiement de rémunération mixte, par ordre croissant.

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



Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE	
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-10-24 (T)		OR-44		002	
UNTEL		PIERRE	0-00000-0	00000	00000000 C		20AA-11-04				DE 002	
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES			REVISION		
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE	
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a	
DÉTAIL DU PAIEMENT RÉMUNÉRATION MIXTE												
REMARQUE : RÉSOUMETTRE 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

VOIR AU VERSO

2.4.2 Vérification des paiements

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

2.5 Règlement des demandes de paiement

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

2.5.1 Paiement autorisé tel que demandé

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

2.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

2.5.3 Paiement refusé en partie

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

2.5.4 Paiement refusé en totalité

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

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

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

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

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

- b) **RÉVISION** : Faire une demande de révision si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 2.6.

2.5.5 Annulation d'une demande de paiement

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

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

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

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

2.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

Le médecin spécialiste 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 2.6.

2.6 Demande de révision

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

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

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. 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.

2.7 Demande d'annulation

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

2.8 Liste des codes de transaction

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

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

2.9 Liste des messages explicatifs

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

2.10 Calendriers des jours fériés

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

La période de référence pour les jours fériés s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

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

2.11 Calendriers de paiement

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

3 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

Exceptionnellement, le médecin spécialiste peut demander à la RAMQ de lui permettre de soumettre une demande de paiement après le délai de 90 jours de la date où le service a été rendu. Il doit alors lui démontrer qu'il était dans l'impossibilité d'agir plus tôt. Pour faire cette demande, voir la page [Facturation hors délai](#) du site Web de la RAMQ.

4 NOUS JOINDRE

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