



# MÉDECINS SPÉCIALISTES

---

## GUIDE DE FACTURATION

### Services de laboratoire en établissement (SLE)

---



# Table des matières

Introduction .....	1
<b>1 Demande de paiement À l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944) .....</b>	<b>3</b>
1.1 Avant-propos .....	3
1.2 Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire.....	4
1.2.1 Rédaction de la demande de paiement.....	5
1.2.2 Rédaction de la demande de paiement pour les anatomo-pathologistes .....	11
1.2.3 Expédition .....	31
1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944) .....	32
<b>2 Frais de déplacement et de séjour .....</b>	<b>33</b>
2.1 Instructions de facturation des frais de déplacement .....	33
2.1.1 En territoire non désigné .....	33
2.1.2 En territoire désigné .....	34
2.2 Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) – Description du formulaire .....	35
<b>3 Paiement.....</b>	<b>39</b>
3.1 Mode de paiement .....	39
3.2 Délai de paiement.....	39
3.3 État de compte .....	39
3.3.1 Description.....	39
3.3.2 Vérification des paiements .....	44
3.4 Règlement des demandes de paiement .....	44
3.4.1 Paiement autorisé comme demandé.....	44
3.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	44
3.4.3 Paiement refusé en partie.....	44
3.4.4 Paiement refusé en totalité.....	44
3.4.5 Annulation d'une demande de paiement .....	45
3.4.6 Modification d'une demande de paiement payée .....	45
3.5 Demande de révision.....	45
3.5.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision.....	46
3.6 Demande d'annulation .....	46
3.7 Liste des codes de transaction .....	46
3.8 Liste des messages explicatifs .....	46
3.9 Calendriers de paiement.....	46
3.10 Calendrier des périodes de facturation.....	46
3.11 État de situation .....	47

3.11.1 Première partie – Enregistrement des activités .....	48
3.11.2 Deuxième partie – Suivi de la comptabilisation des L4E par établissement .....	49
3.11.3 Troisième partie – Semaines où aucune activité de laboratoire n'est pas présente pour le code d'acte 14011 .....	51
3.12 Calendrier des périodes de facturation des activités de laboratoire pour les anatomo-pathologistes .....	51
<b>4 Demande de facturation hors délai .....</b>	<b>52</b>
<b>5 Nous joindre .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe I – Liste des codes de spécialité .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples .....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe III – Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification .....</b>	<b>62</b>

## Introduction

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

À cet égard, il contient notamment la rédaction de la demande de paiement pour la rémunération à l'acte, les instructions de facturation des frais de déplacement et des renseignements relatifs au paiement.

**Notez que tous les exemples sont présentés à titre indicatif seulement.**

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 À L'ASSURANCE HOSPITALISATION – RÉMUNÉRATION À L'ACTE (1606) ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE – CONSIDÉRATION SPÉCIALE (1944)

## 1.1 Avant-propos

---

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

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

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

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

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

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

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

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

- anatomo-pathologie;
- électrocardiographie en établissement (interprétation);
- hématologie<sup>1</sup>;
- médecine nucléaire (**in vitro**)<sup>2</sup>.

Les instructions de facturation concernant les frais de déplacement et de séjour ([Annexe 23](#) de l'Accord-cadre) se trouvent dans la section [Frais de déplacement et de séjour](#) du présent guide.

**Le médecin titulaire de plus d'un certificat de spécialité ou bénéficiant de privilèges reconnus aux fins de paiement doit inscrire les actes se rapportant à chaque addendum sur des demandes de paiement distinctes.**

### Rémunération différente

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux services de laboratoire en établissement. Voir la page [Rémunération différente \(annexe 19\)](#) sous l'onglet *Facturation et rémunération*.

---

<sup>1</sup> À la suite de la Modification 107 à l'Accord-cadre, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023, l'hématologie doit être facturée sur la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

<sup>2</sup> Pour les actes relevant de la médecine nucléaire (**in vivo**) et de la radiologie diagnostique ainsi que pour d'autres services précis tels que la densité osseuse, **vous devez utiliser** la facture de services médicaux.

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

La demande de paiement comporte six sections :

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

**DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

1. Numéro de contrôle externe

2. Période de dispensation des services

3. Identité du professionnel

4. Établissement

NUMÉRO DE LIGNE	DATE	CODE	DESCRIPTION	QUANTITÉ	MONTANT
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
TOTAL					

5. Signature du professionnel ou du signataire

6. Attestation de l'établissement

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

**Remarque :**

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

Pour la facturation en anatomo-pathologie, voir les instructions spécifiques à la section [Rédaction de la demande de paiement pour les anatomo-pathologistes](#) du présent guide.

## 1.2.1 Rédaction de la demande de paiement

### 1.2.1.1 Section 1

#### Numéro de contrôle externe

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

### 1.2.1.2 Section 2

#### Période de dispensation des services

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

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

Pour les périodes exactes, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#) (seulement pour les anatomopathologistes).

Aux fins d'application des plafonnements, il est préférable pour le médecin de facturer sur une demande de paiement distincte les services rendus au cours des périodes qui se terminent le 30 juin et le 31 décembre de chaque année, faute de quoi la RAMQ établira un prorata selon le nombre de jours facturés, si la période chevauche la date de fin d'un semestre.

**Remarque :** Pour les montants forfaitaires en anatomo-pathologie, voir le tableau des actes sous l'onglet A – *Anatomo-pathologie* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*.

### 1.2.1.3 Section 3

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

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

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (sept chiffres).
- **NUMÉRO DU GROUPE** : le numéro du compte administratif attribué par la RAMQ, si le médecin désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels;
- **CODE DE LA SPÉCIALITÉ** : le code de la spécialité correspondant aux actes facturés. La liste des codes de spécialité à inscrire dans cette case figure à l'[Annexe I – Liste des codes de spécialité](#).

### 1.2.1.4 Section 4

#### 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).
- **DÉPARTEMENT OU SERVICE** : le nom du département ou du service (ex. : hématologie, anatomopathologie, etc.).

**Exemple pour les sections 1 à 4**

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>			
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <b>1</b> 1   0   0   2		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE <b>2</b> ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1   6   0   3   2   0 AU 1   6   0   3   2   6			
PROFESSIONNEL PRÉNOM <b>3</b> Roland NOM Untel		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1975653		N° DU GROUPE 29	
ÉTABLISSEMENT NOM <b>4</b> Hôpital de la Vallée		NUMÉRO 78365		DÉPARTEMENT OU SERVICE Radiologie diagnostique	
À L'USAGE DE LA RÉGIE					

**1.2.1.5 Section 5**

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

• **Facturation des actes**

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

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

- le code (quatre ou cinq chiffres) correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- le modificateur (trois chiffres). La liste des modificateurs figure à l'[Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples](#) du présent guide.
- le nombre de fois que le même code est facturé;
- le tarif correspondant au code (à 100 % du tarif) (pour la facturation par les services en ligne, inclure la majoration);
- le montant demandé compte tenu des renseignements fournis dans les colonnes précédentes. (Ce montant doit correspondre soit au tarif de base prévu à l'Entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération majorée, selon le cas).

**TOTAL** : Inscrire le total du nombre d'actes et le montant total des honoraires.

• **Considération spéciale**

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

• **Facturation d'un service médical non tarifé**

Le médecin :

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

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

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

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

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE	CODE D'ACTE	QUANTITÉ	TARIF D'ACTES	TAUX	MONTANT	
1	80100		1	12,20	12,20	
2	80130		1	15,20	15,20	
3	81240		3	9,70	29,10	
4	80300		2	8,50	17,00	
5	80110		2	8,50	17,00	
6	80340		10	1,70	17,00	
7	80600		2	6,70	13,40	
8	80630		2	6,70	13,40	
9	80660		2	6,70	13,40	
10	80830		4	6,70	26,80	
11	80900		5	5,10	25,50	
12	81000		10	9,80	98,00	
13	81540		1	27,10	27,10	
14	82700		1	21,20	21,20	
15	82710		2	42,40	84,80	
16	82720		4	63,60	254,40	
17	81490		1	21,00	21,00	
18	81600		2	44,50	89,00	
19	81020		3	11,70	35,10	
<input type="checkbox"/> C.E.		<b>TOTAL</b> ▶		58	830,60	

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE**  
PRODIGER EN LETTRES IMPRIMÉES

LE COPPIE AUE LE RESPONDONDIANTO FOURARD SUR LA PRESIATE DENHOCCE DATE  
PREMIER DONT DAVTE

DATE  
ANNEE MOIS JOUR

**ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**  
PRODIGER EN LETTRES IMPRIMÉES

LA PERSONNE SIGNEE AL RESOIRRE DES SIGNATURES AL FORME DE LA BOUTE  
OU AUNE AL NOM DE LE HOSPIZALIMENT ET ESTU QUE LES PERSONNE D'ETU  
 HESITATIONS O BIEUSI BOUTE ACTES

DATE  
ANNEE 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.**

1906 220 10/11

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

Le médecin doit inscrire :

- la **lettre A** dans la case C.S.;
- la date de l'interprétation comme date de service;
- les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire où **l'interprétation a été faite**<sup>1</sup>;
- le numéro d'établissement où **l'interprétation a été faite**;
- le lieu où **la technique a été faite** dans un document complémentaire joint ou sur une ligne du formulaire 1606.

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

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

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

Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT                  À L'ASSURANCE HOSPITALISATION                  RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____			CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU _____ AU _____				
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM _____ NOM _____		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL _____		N° DU GROUPE _____		CODE DE LA SPÉCIALITÉ _____	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM _____ NUMÉRO _____ DÉPARTEMENT OU SERVICE _____						À USAGE DE LA RÉGIE _____	
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1	CODE D'ACTE _____	MODIFICATEUR _____	NOMBRE D'ACTES _____	TARIF _____	MONTANT \$ _____	À USAGE DE LA RÉGIE _____	
19 _____						_____	
C.S. 5		TOTAL ▶		_____		_____	
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE: ANNÉE MOIS JOUR				LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES MÉDECINS AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI S'EST AFFIRMÉ EN L'EMPLISSANT CETTE LIGNE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE: ANNÉE MOIS JOUR			
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.							
1606 202 1601							

**Exemple 3 – Forfait minimum pour les déplacements d'urgence**

CODE D'ACTE	PÉRIODE VISÉE	TARIF
92030	De 0 h à 7 h en tout temps .....	245,00
92040	De 7 h à 0 h, les samedis, les dimanches et les jours fériés ..... De 19 h à 0 h les autres jours ou de 21 h à 0 h (rémunération mixte).	163,00

Le médecin doit :

- inscrire le code correspondant au forfait désiré dans la case *CODE D'ACTE*;
- inscrire **la lettre A** dans la case C.S.;
- joindre le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944) et y inscrire :
  - le nom du médecin ou de l'intervenant qui a demandé l'examen d'urgence;
  - l'heure de l'appel et celle de l'examen;
  - le motif de l'urgence.

S'il s'agit d'une autopsie, indiquer l'heure de début.

**Remarque :** Si plus d'un forfait est demandé sur la même demande de paiement, indiquer sur quelles lignes sont inscrits les forfaits.

**IMPORTANT :** Aucun modificateur d'urgence n'est applicable aux codes **92030** et **92040**.

Le médecin a le choix entre le forfait d'urgence ou la facturation de ses actes avec les modificateurs appropriés, **mais jamais les deux pour la même période de garde.**

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir une des possibilités suivantes, **mais jamais les deux pour le même déplacement :**

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients;
- la facturation des actes posés avec les modificateurs appropriés pour chacun des patients.

NUMÉRO DE SÉQUENCE	5	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NUMÉRO D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA REÇU
1		92030		1	232,00	232,00	
2		92040		1	154,00	154,00	
19							
	<b>C.S.</b> <b>A</b>			<b>TOTAL</b> ▶	2	386,00	

### 1.2.1.6 Section 6

#### Signature du professionnel et du mandataire

- **Prénom et Nom en lettres moulées :**  
Le professionnel ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en 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 professionnel dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire dans les cases appropriées. Conformément au [Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement](#).

#### Attestation de l'établissement

- **Prénom et Nom en lettres moulées :**  
La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en 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 les cases appropriées.

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

19					
CS	TOTAL ▶				
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: Roland NOM EN LETTRES MOULÉES: Untel			<b>6</b>	<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: Paul NOM EN LETTRES MOULÉES: Untel	
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.			DATE	LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.	
<i>R. Untel</i>			ANNÉE MOIS JOUR 1, 6   0, 3   2, 7	<i>Paul Untel</i>	
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 Rédaction de la demande de paiement pour les anatomo-pathologistes

Afin d'obtenir les forfaits **hebdomadaires totaux** auxquels il a droit, le médecin doit remplir une demande de paiement **distincte** pour tous les établissements où il a une charge ETC (Équivalent temps complet).

La charge professionnelle d'un médecin anatomo-pathologiste est déterminée en fonction de son volume d'activités de laboratoire, comme établi selon le concept de l'unité L4E. Pour déclarer les activités de laboratoire (L4E) effectuées, le médecin doit remplir une demande de paiement **distincte** pour tous les établissements **où sont rendus les services**.

### 1.2.2.1 Section 1

#### Période de dispensation des services

Les dates inscrites dans cette section délimitent la période durant laquelle les services assurés ont été rendus.

La période de dispensation des services :

- La **facturation du forfait hebdomadaire** doit toujours correspondre aux périodes de facturation pour les anatomo-pathologistes, soit une semaine, du dimanche au samedi;
- La **facturation des activités de laboratoire** doit toujours correspondre à la période indiquée sur l'avis d'assignation, soit débuter un dimanche et se terminer un samedi, à **l'exception du 1<sup>er</sup> janvier**. Lors d'un chevauchement d'année civile, par exemple en 2015-2016, les périodes de facturation doivent être remplies sur deux demandes distinctes;
- Lors d'une entrée en fonction ou d'une modification à la charge ETC **en cours d'année**, la facturation du forfait hebdomadaire ou des activités de laboratoire doit toujours correspondre à la date de début de la période indiquée sur l'avis d'assignation, soit **débuter un dimanche** et se terminer un samedi, à **l'exception du 1<sup>er</sup> janvier**, pour la facturation des activités de laboratoire seulement.

Voir les [Calendriers des périodes de facturation](#).

Utiliser le formulaire [Avis d'assignation – Services de laboratoire en établissement – Anatomopathologie \(Addendum 2\)](#) (4169).

### 1.2.2.2 Section 2

#### Identité du médecin ayant fourni les services assurés

Cette identité comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel au complet;
- le nom de famille au complet;
- le numéro d'inscription à la RAMQ (sept chiffres);
- le numéro de groupe (il s'agit d'un numéro de compte administratif attribué par la RAMQ si le médecin désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels);
- le code de la spécialité **02**.

### 1.2.2.3 Section 3

L'établissement à inscrire est soit celui :

- où les services assurés ont été rendus;
- où il y a une charge ETC;
- où l'établissement est visé par le déplacement.

Le médecin doit inscrire dans cette section :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres);
- le nom du département ou du service.

### 1.2.2.4 Section 4

#### 1.2.2.4.1 Facturation des actes et considérations spéciales

Pour les considérations spéciales, voir la section [Rédaction de la demande de paiement](#) du présent guide.

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

#### 1.2.2.4.2 Facturation du forfait hebdomadaire

Le code du montant forfaitaire hebdomadaire est déterminé selon vos activités :

1. Utiliser le code **14011** (montant forfaitaire pour les activités de laboratoire) **pour tous les établissements où vous avez une charge professionnelle** si, durant la semaine, au moins une activité de laboratoire L4E a été effectuée, et ce, quel que soit l'établissement.
2. Utiliser le code **14021** (montant forfaitaire pour les activités de chef de département ou de médecin responsable et de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire) si, durant la semaine, vous avez effectué **uniquement** votre tâche de chef de département ou de médecin responsable ou avez pris en charge un laboratoire de biologie moléculaire et que vous avez droit à cette charge dans cet établissement. Pour les établissements où vous n'avez pas un de ces titres, utilisez le code **14011**.
3. Utiliser le code **14031** (montant forfaitaire pour les vacances) **pour tous les établissements où vous avez une charge professionnelle** si, durant la semaine, vous n'avez fait aucune activité.
4. Utiliser le code **14041** (montant forfaitaire pour le ressourcement) **pour tous les établissements où vous avez une charge professionnelle** si, durant la semaine, vous avez effectué seulement une formation de ressourcement.

Pour les codes **14031** et **14041**, vous devez respecter le maximum de semaines attribuées par les parties négociantes. Les semaines excédentaires ne seront pas payables.

Vous **ne pouvez pas utiliser plus d'un code** énuméré précédemment pour la même période et pour le même établissement.

Le **nombre d'actes** doit toujours être **1**.

Le **tarif** des codes du montant forfaitaire correspond à celui transmis préalablement par la RAMQ, auquel s'ajoute la majoration de la rémunération de base prévue à l'Annexe 19, lorsqu'applicable. Lorsqu'il y a un changement d'année civile pendant la période de facturation, utiliser le tarif correspondant à celui en vigueur le dimanche débutant cette période.

**Exemple :** Pour l'année 2015, le tarif hebdomadaire correspond à 2 000 \$.  
Pour l'année 2016, le tarif hebdomadaire pourrait être de 2 100 \$.

Dans la facturation de la semaine du 27 décembre 2015 au 2 janvier 2016, le médecin doit **facturer un tarif de 2 000 \$**, puisque le dimanche se trouve dans l'année civile 2015. La RAMQ effectuera un ajustement pour payer selon l'année civile; elle versera alors un montant de 2 071 \$.

Les autres codes permis pour les services devant être facturés sur une demande de paiement hebdomadaire sont :

- **92030** Forfait pour examen d'urgence de 0 h à 7 h (PG 4.3);
- **92040** Forfait pour examen d'urgence de 7 h à 0 h les samedis et les dimanches et les jours fériés (PG 4.3);
- **99900** Kilométrage pour les frais de déplacement avec le véhicule personnel ([Annexe 23](#));
- **99910** Frais de déplacement autres que le véhicule personnel (Annexe 23);
- **99920** Temps de déplacement (Annexe 23).

**Aucun modificateur** n'est permis en ce qui concerne la facturation des anatomo-pathologistes.

Le médecin doit inscrire le montant demandé en tenant compte des renseignements fournis dans les colonnes précédentes.

**TOTAL :** À cet endroit, inscrire le total du nombre d'actes et le total des honoraires.

**Exemple 1 – Activités de laboratoire avec frais de déplacement et forfait d'urgence**

Le médecin a une charge de 1 ETC dans l'installation ABC :

- Il travaille dans une installation où il a droit à ses frais de déplacement (codes 99910 et 99920) durant la semaine facturée.
- Il effectue un déplacement d'urgence. Pour ce faire, il facture un forfait d'urgence (code 92030) et inscrit la lettre A dans la case C.S.
- Le montant forfaitaire indiqué dans le document *Charge professionnelle*, transmis par la RAMQ au médecin et joint à la lettre confirmant la réception de son avis d'assignation, est de 6 261,64 \$ (code 14011).

		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM NOM A B		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-23456-7		N° DU GROUPE 12345		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM CH. ABC		NUMÉRO 09999		DÉPARTEMENT DU SERVICE XYZ		À L'USAGE DE LA RÉGIE _____	
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1 2 3 4	CODE D'ACTE 14011 99910 99920 92030	MODIFI- CATEUR _____ _____ _____ _____	NOMBRE D'ACTES 1 1 5 1	TARIF 6 261,64 2 520,00 109,00 232,00	MONTANT \$ 6 261,64 2 520,00 545,00 232,00	À L'USAGE DE LA RÉGIE _____ _____ _____ _____	
19 C.S. <b>A</b>		<b>TOTAL</b>		8		9 558,64	
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ LE CERTIFIÉ QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE 1 6 0 3 2 7				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ LA PERSONNE RÉSIDENTE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE 1 6 0 3 2 7			
1606 292 1101 <b>TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</b>							

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

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

**Exemple 2 – Annexe 19**

Le médecin a une charge de 1 ETC dans l'installation DEF :

- L'installation est sujet à l'Annexe 19 et son taux de majoration est de 7 %.
- Le montant forfaitaire indiqué dans le document *Charge professionnelle*, transmis par la RAMQ au médecin et joint à la lettre confirmant la réception de son avis d'assignation, est de 6 261,64 \$.
- Le montant à inscrire dans le champ *Tarif* doit inclure l'Annexe 19. En l'occurrence, une majoration de 7 % est appliquée, soit  $6\,261,64 \$ \times 1,07 = 6\,699,95 \$$ .

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>									
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6									
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM C		NOM D		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-34567-8		N° DU GROUPE 23456		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02			
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM CH. DEF			NUMÉRO 08888		DÉPARTEMENT OU SERVICE XYZ			À L'USAGE DE LA RÉGIE			
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1		CODE D'ACTE 14011		MODIFI-CATEUR 1		NOMBRE D'ACTES 1		TARIFF 6 699,95		MONTANT \$ 6 699,95	
2										À L'USAGE DE LA RÉGIE	
19		C.S.		<b>TOTAL</b>		1		6 699,95			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____						<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____					
JE CERTIFIE QUE LES RENDU/CHARGEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.						LA PERSONNE INSCRITE AU PREDRE DES DONNÉES AUTORISÉES DE LA RÉGIE SOUS SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENDU/CHARGEMENTS INSCRIS CI-DESSUS SONT EXACTS.					
DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7						DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7					
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.											

**Exemple 3 – Chevauchement de deux années civiles**

**Demande de paiement avec chevauchement de deux années civiles**

Application du tarif correspondant à celui en vigueur le dimanche débutant la période de facturation :

- Pour l'année civile 2015, le montant annuel est de 326 500 \$ pour 1 ETC, ce qui donne un montant hebdomadaire de 6 261,64 \$.
- Pour l'année civile 2016, le montant annuel pourrait être de 330 000 \$ pour 1 ETC, ce qui donne un montant hebdomadaire de 6 328,77 \$.
- Le médecin a une charge de 1,3 ETC dans l'installation HIJ pour sa pratique et une charge de 0,1 ETC comme chef de département pour cette installation, pour un total de 1,4 ETC pour les années 2015 et 2016.
- Le montant forfaitaire indiqué dans le document *Charge professionnelle*, transmis par la RAMQ au médecin et joint à la lettre confirmant la réception de son avis d'assignation, est de 8 766,30 \$ (6 261,64 \$ x 1,4 ETC) pour l'année 2015 et de 8 860,28 \$ (6 328,77 \$ x 1,4 ETC) pour l'année 2016.
- La période facturée est du 27 décembre 2015 au 2 janvier 2016.
- Le montant à inscrire dans le champ *Tarif* doit correspondre à celui de l'année 2015, soit 8 766,30 \$.
- La RAMQ versera un montant de 8 833,43 \$, soit (8 766,30 \$ ÷ 7 jours x 5 jours) + (8 860,28 \$ ÷ 7 jours x 2 jours).

Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 5   1 2   2 7 AU 1 6   0 1   0 2					
PROFESSIONNEL PRÉNOM NOM E F		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-45678-9		N° DU GROUPE 34567		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02	
ÉTABLISSEMENT NOM CH. HIJ		NUMÉRO 07777		DÉPARTEMENT OU SERVICE XYZ		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1	CODE D'ACTE 14011	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES 1	TARIF 8 766,30	MONTANT \$ 8 766,30	À L'USAGE DE LA RÉGIE	
2							
C.B.		TOTAL ▶		1		8 766,30	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.			
DATE ANNÉE MOIS JOUR 1, 6   0, 1   0, 6				DATE ANNÉE MOIS JOUR 1, 6   0, 1   0, 6			
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.							

### Exemple 4 – Remplacement sans contrat

Le médecin a une charge de 1 ETC dans l'installation ABC :

- Il effectue un remplacement dans l'installation STV où il n'a aucune charge déclarée. Conséquemment, il n'a pas droit au montant forfaitaire dans l'installation STV. Il doit plutôt le demander dans l'installation ABC. Il facture ses frais de déplacement et ses activités L4E dans l'installation STV.
- Le médecin doit remplir minimalement trois demandes de paiement pour cette semaine :
  - Une demande de paiement dans l'installation ABC du dimanche au samedi pour le montant forfaitaire (exemple 4a);
  - Une demande de paiement dans l'installation STV du dimanche au samedi pour les frais de déplacement (exemple 4b);
  - Une demande de paiement dans l'installation STV pour les activités de laboratoire L4E qui ont eu lieu (exemple 4c).

### Exemple 4a – Remplacement sans contrat

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE					
		ANNÉE		MOIS		JOUR	
		DU 1 6 0 3 2 0		AU 1 6 0 3 2 6			
PROFESSIONNEL		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE	
PRÉVOM I		J		1-67890-8		56789	
						CODE DE LA SPÉCIALITÉ	
						02	
ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		DÉPARTEMENT OU SERVICE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NOM CH. ABC		05555		XYZ			
NUMÉRO DE SÉQUENCE		CODE D'ACTE		NOMBRE D'ACTES		MONTANT \$	
1		14011		1		6 261,64	
2							
19		TOTAL ▶		1		6 261,64	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT					
PRÉVOM EN LETTRES MOULÉES		PRÉVOM EN LETTRES MOULÉES					
NOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES					
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS		LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SOUSCRIPTEURS AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI DONNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS		DATE		DATE	
				ANNÉE		ANNÉE	
				MOIS		MOIS	
				JOUR		JOUR	
				1 6 0 3 2 7		1 6 0 3 2 7	
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.							

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

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

**Exemple 4b – Remplacement sans contrat**

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <input type="text"/>		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM NOM G H		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-56789-7		N° DU GROUPE 45678		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM CH. STV		NUMÉRO 06666		DÉPARTEMENT OU SERVICE XYZ		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1	CODE D'ACTE 99900	MODIFI-CATEUR (vide)	NOMBRE D'ACTES 47	TARIF 0,86	MONTANT \$ 40,42		À L'USAGE DE LA RÉGIE
2	99920	(vide)	1	109,00	109,00		(vide)
19		TOTAL ▶		48		149,42	
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES (Signature)				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES (Signature)			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS				DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7		LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SOMMAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE SUIS-UNE AU NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS	
1606 202 - 16,01		<b>TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</b>					

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

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

**Exemple 4c – Remplacement sans contrat**

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <input type="text"/>		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM: G NOM: H		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL: 1-56789-7		N° DU GROUPE: 45678		CODE DE LA SPÉCIALITÉ: 02	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM: CH. STV		NUMÉRO: 06666		DÉPARTEMENT OU SERVICE: XYZ		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1	CODE D'ACTE 11802	MODÈLE GATEUR 171	NOMBRE D'ACTES 1	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA RÉGIE	
2	11802		1			À L'USAGE DE LA RÉGIE	
19		TOTAL ▶ 2					
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: _____ NOM EN LETTRES MOULÉES: _____ JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE: 1 6 0 3 2 7				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: _____ NOM EN LETTRES MOULÉES: _____ LA PERSONNE PRÉSENTE AU BUREAU DES DROITS AUTOMATISÉS DE LA RÉGIE OÙ SOUS AU MIN DE L'ÉVALUATION ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE: 1 6 0 3 2 7			
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.							

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

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

#### Exemple 5 – Vacances

Le médecin n'a effectué aucun L4E ni aucune prise en charge de laboratoire, n'a aucune charge de chef de département et n'a fait aucun ressourcement durant cette semaine. Il peut donc facturer le code **14031** pour les vacances (en considérant qu'il n'a pas épuisé sa banque de semaines de vacances).

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE													
N.º MÉRITO DE CONTRÔLE EXTERNE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE													
		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR								
		DU	1	6	0	3	2	0	AU	1	6	0	3	2	6
<b>PROFESSIONNEL</b>		PRÉNOM		NOM		N.º MÉRITO DU PROFESSIONNEL		N.º DU GROUPE		CODE DE LA SPÉCIALITÉ					
S		T		1-89012-8		78901		02							
<b>ÉTABLISSEMENT</b>		NOM		N.º MÉRITO		DÉPARTEMENT DU SERVICE		À L'USAGE DE LA RÉGIE							
CH. QRS		02345		RST											
N.º MÉRITO DE SÉQUENCE		CODE D'ACTE		MODIFICATEUR		N.º MÉRITO D'ACTES		TARIF		MONTANT		À L'USAGE DE LA RÉGIE			
1		14031				1		6 261,64		6 261,64					
19		TOTAL		1						6 261,64					
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b>						<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>									
PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES						PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES									
NOM EN LETTRES MAJUSCULES						NOM EN LETTRES MAJUSCULES									
JE CERTIFIE QUE LES RENDUS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.						LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI FIGURE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENDUS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.									
DATE						DATE									
		1		6		0		3		2		7			
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.															

**Exemple 6 – Facturation d'un montant forfaitaire dans plus d'un établissement pour le chef de département ou le médecin responsable et prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.**

Le médecin a une charge totale de 1,5 ETC répartie dans trois établissements, dont une charge de chef de département dans l'établissement **ABC** :

- Aucune activité de laboratoire L4E n'a été effectuée durant cette semaine, peu importe l'établissement.
- Le médecin facture le code 14021 dans l'établissement ABC et le code 14011 dans les autres établissements.
- Il remplit, pour la même période de facturation, une demande de paiement distincte pour chaque établissement selon le montant forfaitaire inscrit dans le document Charge professionnelle, transmis par la RAMQ au médecin et joint à la lettre confirmant la réception de son avis d'assignation.

**Exemple 6a – Facturation d'un montant forfaitaire dans plus d'un établissement pour le chef de département ou le médecin responsable et prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire avec une charge de 0,40 ETC**

		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>									
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <input type="text"/>		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6									
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM R		NOM S		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-12345-6		N° DU GROUPE 56789		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02			
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM CH. DEF			NUMÉRO 02222		DÉPARTEMENT DU SERVICE XYZ			À L'USAGE DE LA RÉGIE			
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1		CODE D'ACTE 14011		COEFFICIENT 1		NOMBRE D'ACTES 1		MONTANT \$ 2 504 ,66		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
19		TOTAL ▶		1		2 504 ,66					
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7						<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES LA PERSONNE INDICÉE AU REVERSE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI RÈGLE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7					
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.											

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

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

**Exemple 6b – Facturation d'un montant forfaitaire dans plus d'un établissement pour le chef de département ou le médecin responsable et prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire avec une charge de 0,50 ETC**

Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT                  À L'ASSURANCE HOSPITALISATION                  RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE _____		CETTE DEMANDE EMPLOIE À LA PÉRIODE : ANNÉE MOIS JOUR      ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM : R      NOM : S		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : 1-12345-6		N° DU GROUPE : 56789		CODE DE LA SPÉCIALITÉ : 02	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM : CH. GHI		NUMÉRO : 03333		DÉPARTEMENT DU SERVICE : XYZ		A COPIER DE LA RÉGIE	
NUMÉRO DE SÉQUENCE : 1		CODE D'ACTE : 14011		NOMBRE D'ACTES : 1		MONTANT \$ : 3 130,82	
A COPIER DE LA RÉGIE		A COPIER DE LA RÉGIE					
19		TOTAL ▶		1		3 130,82	
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES NOIRES : _____ NOM EN LETTRES NOIRES : _____ JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES NOIRES : _____ NOM EN LETTRES NOIRES : _____ LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES MÉDECINS AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS RENSEIGNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.			
_____ DATE : 1 6 0 3 2 7		_____ DATE : 1 6 0 3 2 7		_____ DATE : 1 6 0 3 2 7		_____ DATE : 1 6 0 3 2 7	
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.							
1606 092 16/01							

**Exemple 6c – Facturation d'un montant forfaitaire dans plus d'un établissement pour le chef de département ou le médecin responsable et prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire avec une charge de 0,60 ETC**

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE					
		ANNÉE		MOIS		JOUR	
		DU 1 6 0 3 2 0		AU 1 6 0 3 2 6			
PROFESSIONNEL		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE	
PRÉNOM		R		S		1-12345-6	
				56789		02	
ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		DÉPARTEMENT OU SERVICE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NOM		CH. ABC		01111		XYZ	
NUMÉRO DE SÉQUENCE		CODE D'ACTE		MONTANT		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
1		14021		3 756,99			
				3 756,99			
19		TOTAL		1		3 756,99	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE		DATE	
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES		ANNÉE		ANNÉE	
NOM EN LETTRES MOULÉES		NOM EN LETTRES MOULÉES		MOIS		MOIS	
				JOUR		JOUR	
JE CERTIFIE QUE LES RENDU/ONNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		LA PERSONNE VÉRIFIÉE AU REGISTRE DES ORGANISMES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENDU/ONNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		1 6 0 3 2 7		1 6 0 3 2 7	
<p>1606 092 10/01</p> <p><b>TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</b></p>							

#### **1.2.2.4.3 Déclaration des activités de laboratoire L4E**

Les activités de laboratoire et les montants forfaitaires ne doivent jamais être facturés sur une même demande.

Si tel est le cas, cette demande sera refusée à l'état de compte.

Ne pas inscrire plus de 19 codes par demande de paiement.

Pour chaque acte, fournir les renseignements suivants :

- Le code (cinq chiffres) correspondant à la nomenclature des actes de la section A – *Anatomopathologie* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*;
- Le cas échéant, le modificateur (trois chiffres). (La liste des modificateurs figure à l'[Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples](#) du présent guide.
  - Si plus d'un modificateur s'applique, utiliser la combinaison appropriée figurant sous la section *Modificateurs multiples* de la même annexe.

Pour les actes effectués selon une **pratique en pédiatrie**, toujours utiliser le modificateur **171** et ses multiples.

Pour les actes effectués selon une **pratique en neuropathologie**, toujours utiliser le modificateur **175** et ses multiples.

- Le nombre de fois que le même code est facturé;
- Le tarif, qui doit toujours être égal à **0**;
- Le montant, qui doit toujours être égal à **0**.

**TOTAL** : À cet endroit, inscrire le total du nombre d'actes et **0** pour le total du montant.

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

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

#### Exemple 1 – Facturation de pratique en pédiatrie et régulier

Pour la même journée, le médecin :

- a fait la présentation d'un cas dans le cadre d'une clinique de tumeur pour un patient **de moins de 18 ans** et il a été désigné pour une pratique en pédiatrie;
- a fait la présentation d'un cas dans le cadre d'une clinique de tumeur pour un patient **de 18 ans ou plus**, même s'il a été désigné pour une pratique en pédiatrie. Puisque le patient a plus de 18 ans, aucun modificateur ne doit être inscrit.

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>				
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTÉRIEUR _____		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6				
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM G		NOM H		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-56789-7	N° DU GROUPE 45678	CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM CHL STV			NUMÉRO 06666	DÉPARTEMENT OU SERVICE XYZ		A L'USAGE DE LA RÉGIE _____
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1	CODE D'ACTE 11802	MODIF. GATEUR 171	NOMBRE D'ACTES 1	TARIF _____	MONTANT _____	A L'USAGE DE LA RÉGIE _____
2	11802	_____	1	_____	_____	_____
19		TOTAL ▶		2		_____
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7			<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES _____ NOM EN LETTRES MOULÉES _____ LA PÉRIODE REÇUE AU REGISTRE DES SOUSCRIPTIONS AUTOSIGNÉES DE LA RÉGIE SAUS BENE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 0 3 2 7			
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.						



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

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

#### Exemple 3 – Facturation des activités de laboratoire L4E avec le nombre de cas

Le médecin a effectué les activités liées au code **11141** 100 fois pour un total de 5 cas différents. Il doit :

- inscrire le code **11141** et le nombre 100 dans la case *NOMBRE D'ACTES*;
- inscrire le code **13000** et le nombre 5 dans la case *NOMBRE D'ACTES* à la ligne qui se trouve sous le code **11141**, pour une moyenne de 20 blocs par cas.

Le médecin a effectué les activités liées au code **11143** 90 fois pour un total de 9 cas différents. Il doit :

- inscrire le code **11143** et le nombre 90 dans la case *NOMBRE D'ACTES*;
- inscrire le code **13000** et le nombre 9 dans la case *NOMBRE D'ACTES* à la ligne qui se trouve sous le code **11143**, pour une moyenne de 10 blocs par cas.

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE					
		ANNÉE		MOIS		JOUR	
		DU 1 6 0 3 2 0		AU 1 6 0 3 2 6			
PROFESSIONNEL		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE	
PRÉNOM		F		G		1-23456-7	
				12345		02	
ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		DÉPARTEMENT OU SERVICE		A L'USAGE DE LA RÉGIE	
NOM		09999		XYZ			
CH. ABC							
NUMÉRO DE RÉGIMENCE	CODE D'ACTE	MODIFI. DATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$		
1	11141		100				
2	13000		5				
3	11143		90				
4	13000		9				
TOTAL							204
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT			
PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES		NOM EN LETTRES MAJUSCULES		PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES		NOM EN LETTRES MAJUSCULES	
JE CERTIFIE QUE LES RENDUS FOURNIS SUR LA PRÉSENTÉ DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.		DATE		LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NÉCESSAIRE ET TRÈS QUE LES RENDUS MONTÉS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		DATE	
		ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR	
		1 6 0 3 2 7				1 6 0 3 2 7	
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.							

**Exemple 4 – Facturation des activités L4E impliquant un groupe de fragments, de lésions, de cylindres ou de blocs**

Le médecin a effectué les activités liées au code **11311** pour 20 fragments correspondant à 4 groupes de 5 fragments, pour un total de 2 cas. Il doit :

- inscrire le code **11311** et le nombre 4 dans la case **NOMBRE D'ACTES**;
- déterminer le nombre de groupes pour déterminer le nombre d'actes;
- inscrire le code **13000** et le nombre 2 dans la case **NOMBRE D'ACTES** à la ligne qui se trouve sous le code **11311**, pour une moyenne de 10 fragments par cas.

		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <input type="text"/>		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 7					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM: H NOM: I		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL: 1-23456-7		N° DU GROUPE: 12345		CODE DE LA SPÉCIALITÉ: 02	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM: CH. ABC		NUMÉRO: 09999		DÉPARTEMENT OU SERVICE: XYZ		A L'USAGE DE LA RÉGIE	
NUMÉRO DE SÉQUENCE 1		CODE D'ACTE 11311		MODIF. CATEGOR. 		NOMBRE D'ACTES 4	
2		13000				MONTANT 	
19		TOTAL ▶		6			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: [Signature] NOM EN LETTRES MOULÉES:				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES: [Signature] NOM EN LETTRES MOULÉES:			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. DATE: 1 6 0 3 2 7				LA PERSONNE REÇUE AU NÉCESSAIRE DES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SONT AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE: 1 6 0 3 2 7			
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.							

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

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

#### Exemple 5 – Facturation de la tarification nouvelle (actes non négociés)

Le médecin inscrit le code **99000** pour les activités de laboratoire et :

- doit inscrire les autres renseignements : modificateur, nombre d'actes;
- doit inscrire le nombre d'actes, qui doit toujours être égal à **1**;
- doit inscrire la lettre **N** dans la case C.S.;
- ne doit rien inscrire dans les cases **TARIF** et **MONTANT**;
- doit fournir une copie de la note clinique;
- doit fournir une description détaillée du service médical fourni ou toute littérature scientifique pertinente.

Ce code doit être facturé seul.

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE													
NUMÉRO DE CONTRÔLE EN TÊTE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE													
		ANNÉE		MOIS		JOUR									
		DU	1	6	0	3	2	0	AU	1	6	0	3	2	6
PROFESSIONNEL		NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		CODE DE LA SPÉCIALITÉ							
PRÉNOM		F		1-23456-7		12345		02							
ÉTABLISSEMENT		NOM		NUMÉRO		DÉPARTEMENT OU SERVICE		À L'USAGE DE LA RÉGIE							
CH. ABC		09999		XYZ											
NUMÉRO DE REQUÊRE		CODE D'ACTE		MODIFI- CATEUR		NOMBRE D'ACTES		TARIF		MONTANT \$		À L'USAGE DE LA RÉGIE			
1		99000				1									
19															
C.S. N		TOTAL		1											
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE						ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT									
PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES						PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES									
NUM EN LETTRES MOULÉES						NUM EN LETTRES MOULÉES									
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.						LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SOUSCRIPTEURS AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.									
DATE						DATE									
ANNÉE						ANNÉE									
MOIS						MOIS									
JOUR						JOUR									
1 6 0 3 2 7						1 6 0 3 2 7									
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.															
1606 292 10/01															

**Exemple 6 – Facturation de L4E pour la révision d'une autopsie**

Le médecin a dû réviser le matériel de deux cas d'autopsie et produire, pour chaque révision, un rapport succinct au dossier en vue de la présentation de ces deux cas à une réunion clinico-pathologique à laquelle il a participé avec au moins deux autres spécialistes. La réunion a duré 90 minutes.

Pour ses honoraires, il doit donc facturer :

- le code **11801** (sans modificateur) trois fois pour sa participation à la corrélation clinico-pathologique;
- le code **11804** (sans modificateur) deux fois pour la révision du matériel des deux autopsies et la production des rapports au dossier.

		<b>DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE</b>					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE <input type="text"/>		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 6 0 3 2 0 AU 1 6 0 3 2 6					
<b>PROFESSIONNEL</b> PRÉNOM: C NOM: D		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL: 1-23456-7		N° DU GROUPE: 12345		CODE DE LA SPÉCIALITÉ: 02	
<b>ÉTABLISSEMENT</b> NOM: CH. ABC NUMÉRO: 09999 DÉPARTEMENT OU SERVICE: XYZ				À L'USAGE DE LA RÉGIE <input type="text"/>		À L'USAGE DE LA RÉGIE <input type="text"/>	
NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NUMÉRE D'ACTES	DURÉ	MONTANT \$		
1	11801		3				
2	11804		2				
19		TOTAL ▶		5			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES:  NOM EN LETTRES MOULÉES:				<b>ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES:  NOM EN LETTRES MOULÉES:			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE SONT EXACTS. DATE: 1 6 0 3 2 7				LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES MÉDECINS AU QUÉBEC DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE: 1 6 0 3 2 7			
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.							

### **1.2.3 Expédition**

Le médecin doit transmettre à la RAMQ la copie portant les deux signatures, remettre une copie à l'établissement et conserver cinq ans une copie en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

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

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (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 doit joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de paiement.

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

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

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

## 1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

1. **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**  
Inscrire le prénom et le nom complets du médecin qui a rendu les services;
2. **NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription du médecin attribué par la RAMQ (sept chiffres);
3. **NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si le médecin désire que le paiement soit fait à ce compte administratif, selon les dispositions de l'entente en vigueur;
4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :** Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;
5. **NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE :** Ne rien inscrire;
6. **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :** Ne rien inscrire;
7. **DATE DU SERVICE :** Inscrire la date à laquelle le service a été rendu. S'il y a plus d'une date, l'inscrire à la section 8;
8. **PARTIE RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :** Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit

Logo de l'Ordre des Médecins du Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	N° D'INSCRIPTION	NUMÉRO DU GROUPE	NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE
NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	DATE DU SERVICE	PARTIE RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

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

**Remarque :** Ce document ne doit pas être utilisé comme une demande de paiement ou une demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint par un trombone (ne pas agraffer).

**URGENCES :** [Règle 4](#) du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*.

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

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

## 2 FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

En vertu de l'Accord-cadre, les dispositions relatives aux déplacements sont regroupées à l'[Annexe 23](#) de la *Brochure n° 1*.

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

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

Vous trouverez le texte intégral de l'[Annexe 23](#) dans la *Brochure n° 1*.

### 2.1 Instructions de facturation des frais de déplacement

---

#### Rémunération à l'acte et à l'unité

##### 2.1.1 En territoire non désigné

#### Dispositions générales

Pour effectuer une demande de remboursement des frais de déplacement, le professionnel résidant en territoire non désigné doit facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,93 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'à l'**installation**.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport. Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander le paiement des frais de déplacement, incluant l'indemnité horaire, au cours d'une semaine, que pour la **première tournée de consultation qu'il effectue dans une installation**.

**AVIS :** Si vous utilisez la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) :

- Remplir le formulaire de la façon habituelle;  
**Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être facturés sur une demande correspondant à des soins donnés dans l'installation visitée.**
- Inscrire chaque déplacement effectué sur une ligne différente (maximum 1 déplacement par semaine, par **installation**);
- Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,93 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle calculée en fonction des codes postaux [ou de l'adresse] du lieu de départ et de **l'installation** visitée);
- Préciser le code postal de votre lieu de départ.

**Note :** Les reçus d'essence ne sont pas requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

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

- Utiliser plusieurs demandes de paiement pour la même période, si l'espace s'avère insuffisant;
- Ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- Utiliser le code **99900**, lequel remplace tous les codes antérieurement utilisés.

**IMPORTANT** : Ne pas utiliser le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement \(1988\)](#).

Si vous utilisez la Facture de services médicaux, voir les instructions figurant dans la section Facture de frais de déplacement du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

## 2.1.2 En territoire désigné

### Dispositions particulières

En territoire désigné : Les municipalités situées en territoire désigné ont leurs codes suivis d'un astérisque (anciennement **C\***, **D** et **E**). La [liste des localités](#) est accessible sur le site Web de la RAMQ. Des dispositions particulières s'appliquent à certaines catégories de professionnels selon l'[Annexe 23](#) et certaines ententes).

### Déplacement (frais de transport)

Véhicule personnel : 0,93 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'**à l'installation** ou au CLSC situé dans un territoire isolé ou dans le territoire 5, selon l'Annexe 19.

**AVIS** : Suivre la procédure décrite à la section [En territoire non désigné](#).

Pour les autres moyens de transport, le médecin qui se rend donner des soins dans un **e installation** d'un **territoire désigné** ou dans un CLSC situé dans un territoire isolé ou dans le territoire 5, selon l'Annexe 19, est remboursé de ses frais **réels** de déplacement.

**AVIS** : Utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#) :

- Remplir le formulaire de la façon habituelle;

Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être facturés sur une demande correspondant à des soins donnés dans **l'installation** visitée.

- Inscrire chaque déplacement effectué sur une ligne différente;
- Inscrire le code **99910** et, pour chaque déplacement, le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement \(1988\)](#).

Remplir le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement \(1988\)](#) en y précisant le détail des dépenses faites. Utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement.

Attacher à chaque formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et joindre le tout à la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606).

## Temps de déplacement

- Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'[Annexe 23](#) de l'Accord-cadre, une indemnité de 115 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement.
- Il est accordé une indemnité de 115 \$ l'heure pour un temps d'attente, maximum de 9 heures par jour (incluant le temps de déplacement), à celui qui se rend donner des soins dans une installation d'un territoire désigné ou dans un CLSC situé dans un territoire isolé ou dans le territoire 5, selon l'Annexe 19.

**AVIS :** Utiliser la **demande de paiement sur laquelle a été facturé le déplacement correspondant** et :

- Inscrire le code **99920** dans la section Actes;
- Préciser la date et le montant demandé pour le temps consacré au déplacement;
- Inscrire le taux horaire : 115 \$.

Le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) est disponible en format dynamique sur le site Web de la RAMQ.

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

---

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

Ce formulaire comprend six parties :

1. **PROFESSIONNEL** : Inscrire le prénom usuel, le nom de famille et le numéro d'inscription à la RAMQ.
2. **CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : Indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération.
3. **DÉPLACEMENT** : Inscrire le code postal du lieu de départ, ainsi que la date et l'heure du départ, le code postal du lieu d'arrivée, ainsi que la date et l'heure d'arrivée, et le nom de l'**installation** visitée ainsi que son numéro. Ces renseignements sont **obligatoires**.
4. **FRAIS DE DÉPLACEMENT** :
  - 4.a **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.

Les anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2 doivent fournir le numéro de la demande de paiement (NCE) sur laquelle sont facturés les frais de déplacement. De plus, ils doivent fournir le numéro de la demande de paiement sur laquelle les actes en unités L4E sont facturés dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
  - 4.b **TEMPS DE DÉPLACEMENT** : Inscrire le temps consacré à ce déplacement, le cas échéant, selon l'Accord-cadre; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Accord-cadre et le montant **calculé à 100 %**; reporter ce montant sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte **99920**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :  
**Kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.**

- 4.c MOYEN DE TRANSPORT** : Incrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué, ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux (ou des adresses) du lieu de départ situé au Québec et de l'installation visitée. Reporter le montant total associé au moyen de transport sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte **99910** pour les moyens de transport autres que le véhicule personnel (**99900**).
- 4.d MONTANT TOTAL DES FRAIS** : Incrire la somme des montants demandés.
- 5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement.
- 6. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.
- Remarque** : Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La RAMQ tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

**Formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988)**



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

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

**1** Professionnel

PRENOM	NOM	NPD DU PROFESSIONNEL
--------	-----	----------------------

**3** Déplacement

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

**4** Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés. **4a**

	NOMBRE D'HEURES FACTURÉES	TAUX HORAIRE	=	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
<b>TEMPS DE DÉPLACEMENT</b> <b>4b</b>		X			

DATE		MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT
ANNÉE	JOUR			
		<b>4c</b>		
		Véhicule personnel	KILOMÈTRES	TAXI
			X	

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.**

**MONTANT TOTAL DES FRAIS** **4d**

**5** Renseignements complémentaires

**6** Signature du professionnel

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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE
----------------------------	------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**2** VOTRE PROFESSION

Dentiste

Médecin omnipraticien

Médecin spécialiste

**MODE DE RÉMUNÉRATION**

Acte

Honoraires forfaitaires

Mixte

SLE

Tarif horaire

Vacation

1988 292 16-04 TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

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

• **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :**

**Obligation** de transmettre l'original (pas de photocopie)<sup>3</sup> de chacune des pièces justificatives permettant de justifier la facturation **et** une copie du formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) dûment rempli **avec** une copie de la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606) en **format papier**, sur laquelle sont facturés les frais de déplacement.

• **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$ :**

**Conserver l'original** (pas de photocopie)<sup>1</sup> de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) dûment rempli pendant cinq ans, pour permettre de justifier la facturation aux fins de vérification éventuelle de la RAMQ, **avec** la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606), sur laquelle sont facturés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement **sans** copie des pièces justificatives.

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

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

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

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

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (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.

---

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

## 3 PAIEMENT

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

### 3.1 Mode de paiement

---

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

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

### 3.2 Délai de paiement

---

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

### 3.3 État de compte

---

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

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

#### 3.3.1 Description

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

##### 3.3.1.1 Renseignements généraux

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

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

5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : **la lettre P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
7. **NUMÉRO DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGE** : La pagination se réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. **NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

**ÉTAT DE COMPTE**

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

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

1

UNTEL ROBERT  
1125 RUE FICTIF  
QUÉBEC QC  
G1K 7T3

9

2

3

4

5

6

7

8

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :

Québec : .....(418) 643-8210

Montréal : .....(514) 873-3480

Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) : ....1 800 463-4776

SOMMAIRE

OR341 - 4702 092007 VOIR AU VERSO

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

### 3.3.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
  - total des montants payés par type de transaction;
  - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
  - montant net payé.
3. **Déductions cumulatives**
4. **Description des codes de transactions**
5. **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	
<b>TOTAL DU PAIEMENT</b>			00000,00

**RETENUES**

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

**MONTANT NET**

00000,00

DÉDUCTIONS CUMULATIVES ③

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

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ④

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

DÉTAILS DES CUMULS DES PLAFONNEMENTS (POUR LE CYCLE EN COURS) ⑤

PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ	PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- 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. RETINGC.	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 COMPTES 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**

ORSM - 4702 101820

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

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

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

**2a. DATE :** Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA0329, c'est-à-dire AA pour 20AA, 03 pour mars et 29 pour le quantième).

**3a. ACTE :** Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne. Cette colonne ne s'applique que pour les médecins rémunérés à l'acte.

**4a. PERSONNE ASSURÉE (PERS. ASS.) :** Pour les SLE, rien ne figure dans cette colonne.

**5a. CODE :** Numéros se référant à la nature de la transaction **TRA** et à un message explicatif approprié **EXPL.**

**6a. MONTANT PAYÉ :** Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

Régie de l'assurance maladie Québec																ÉTAT DE COMPTE					
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4																					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE																					
NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DU CHÉQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		NO DU PAIEMENT		PAGE							
UNTEL ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-10-07		20AA-09-26 (P)		002		002							
20AA-09-16 (T)		OR-04																			
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA   EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA   EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA   EXPL	MONTANT PAYÉ				
1a	2a	3a	4a	5a	6a																
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																					
DEMANDES DE REMBOUSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22																					
REMARQUE : RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																					
FIN DU RELEVÉ																					

OR341 - 4702 - 092007

### 3.3.2 Vérification des paiements

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

## 3.4 Règlement des demandes de paiement

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

### 3.4.1 Paiement autorisé comme demandé

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

### 3.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

### 3.4.3 Paiement refusé en partie

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

### 3.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02, 10, 11** ou **22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne Acte.

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

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

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

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

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

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

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction **TRA 03, 05** ou **20** paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

### 3.4.5 Annulation d'une demande de paiement

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

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

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

#### **IMPORTANT** :

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

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

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

Le médecin 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 *Demande de révision* du présent guide.

## 3.5 Demande de révision

Le médecin spécialiste souhaitant que la RAMQ révisé 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 dans les instructions de remplissage du formulaire.

### 3.5.1 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. 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.

## 3.6 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).

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

## 3.8 Liste des messages explicatifs

---

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

## 3.9 Calendriers de paiement

---

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

## 3.10 Calendrier des périodes de facturation

---

Pour les anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#).

### 3.11 État de situation

---

L'état de situation est produit aux deux semaines et sert à suivre l'évolution des activités de laboratoire accomplies et à accomplir par le professionnel en anatomo-pathologie.

Cet état de situation est composé de trois sections :

- Enregistrement des activités;
- Suivi de la comptabilisation des L4E par établissement;
- Semaines où aucune activité de laboratoire n'est présente pour le code d'acte **14011**.

Pour plus de détails, voir la section [État de situation](#) de la page *Anatomo-pathologie*.

### 3.11.1 Première partie – Enregistrement des activités

#### Description

1. **PROF** : Classe, numéro, chiffre valideur, nom et prénom du professionnel.
2. **ENREGISTREMENT DES ACTIVITÉS** : Demandes de paiement liées aux activités de laboratoire reçues depuis les deux dernières semaines.
3. **ÉTABLISSEMENT** : Numéro d'établissement, type de centre hospitalier.
4. **PÉRIODE DE DÉCLARATION** : Date de début et date de fin de la période de facturation.
5. **NCE** : Numéro de contrôle externe.
6. **SEQ** : Numéro de séquence du service.
7. **CODE D'ACTE** : Code d'acte.
8. **MODIFICATEUR** : Modificateur.
9. **NBR ACTE** : Nombre d'actes.
10. **COD-TRA** : Code de transaction.
11. **L4E ACCEPTÉES SELON LA PRATIQUE** : Nombre de L4E en pratique d'anatomo-pathologie.
12. **L4E ACCEPTÉES SELON LA PRATIQUE** : Nombre de L4E en pratique de pédiatrie.
13. **L4E ACCEPTÉES SELON LA PRATIQUE** : Nombre de L4E en pratique de neuropathologie.
14. **MSG** : Code de message explicatif.
15. **TOTAL NCE** : Total des L4E pour le NCE pour chacune des pratiques.
16. **TOTAL ÉTABLISSEMENT** : Total des L4E pour chacune des pratiques dans l'établissement.

#### Exemple 1 – Première partie – Enregistrement des activités

DATE 2016-04-22

ÉTAT DE SITUATION SUR LES ACTIVITÉS DE LABORATOIRE (L4E)  
ANNÉE CIVILE : 20AA

①	PROF : 1-23456-7	PIERRE												
②	ENREGISTREMENT DES ACTIVITÉS													
③	ÉTABLISSEMENT : 11111 ACH HOPITAL 11111													
④	PÉRIODE DE DÉCLARATION	⑤ NCE	⑥ SEQ	⑦ CODE ACTE	⑧ MODIF	⑨ NBR ACTE	⑩ CODE TRA	-- L4E ACCEPTÉS SELON LA PRATIQUE --	⑪ ANATOMO-PATHOLOGIE	⑫ PÉDIATRIE	⑬ NEURO-PATHOLOGIE	⑭	MSG	
⑮	2016-03-20 AU 2016-03-26	03031	01	11701		2			96.00					
⑮	TOTAL NCE								96.00	0.00	0.00			
⑯	TOTAL ÉTABLISSEMENT								96.00	0.00	0.00			
	ÉTABLISSEMENT : 22222 ACH HOPITAL 22222													
	PÉRIODE DE DÉCLARATION	NCE	SEQ	CODE ACTE	MODIF	NBR ACTE	CODE TRA	-- L4E ACCEPTÉS SELON LA PRATIQUE --	ANATOMO-PATHOLOGIE	PÉDIATRIE	NEURO-PATHOLOGIE		MSG	
	2016-03-20 AU 2016-03-26	03021	01	11701		1			48.00					
	TOTAL NCE								48.00	0.00	0.00			
	TOTAL ÉTABLISSEMENT								48.00	0.00	0.00			

**Remarque :** Si une demande de paiement ne figure pas à votre état de situation 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.

### 3.11.2 Deuxième partie – Suivi de la comptabilisation des L4E par établissement

#### Description

17. **PROF** : Classe, numéro, chiffre valideur, nom et prénom du professionnel.
18. **SUIVI DE LA COMPTABILISATION DES L4E PAR ÉTABLISSEMENT** : Consolidation des demandes de paiement liées aux activités de laboratoire avec celles déjà enregistrées (traitées).
19. **ÉTABLISSEMENT** : Numéro d'établissement, type de centre hospitalier.
20. **L4E PRÉVUS À L'AVIS D'ASSIGNATION** : L4E prévus à l'avis d'assignation pour les types de pratique en anatomo (anatomo-pédiatrie-neuropathologie) ou chef dépt/charge labo.
21. **L4E COMPTABILISÉS POUR CHEF DÉPT/CHARGE LABO** : Charge attribuée automatiquement pour le chef de département ou en charge de laboratoire.
22. **L4E COMPTABILISÉS PRÉCÉDEMMENT** : Total des L4E comptabilisés précédemment pour tous les types de pratique.
23. **L4E COMPTABILISÉS DANS LE PRÉSENT ÉTAT DE SITUATION** : Total des L4E de l'état de situation actuel.
24. **L4E COMPTABILISÉS TOTAL** : Total des L4E pour tous les types de pratique.
25. **L4E RÉSIDUELS** : Nombre de L4E qu'il reste à faire pour atteindre le nombre de L4E prévus à l'avis d'assignation.
26. **TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS** : Total des L4E pour tous les établissements.

Exemple 2 – Deuxième partie – Suivi de la comptabilisation des L4E par établissement

ÉTAT DE SITUATION SUR LES ACTIVITÉS DE LABORATOIRE (L4E)  
ANNÉE CIVILE : 2016

⑰	PROF : 1-23456-7	PIERRE	UNTEL				
⑱	SUIVI DE LA COMPTABILISATION DES L4E PAR ÉTABLISSEMENT						
				---	TYPE DE PRATIQUE EN ANATOMO	----	CHEF DÉPT. /
				ANATOMO-	PÉDIATRIE	NEURO-	CHARGE LABO.
				PATHOLOGIE		PATHOLOGIE	TOTAL
⑲	ÉTABLISSEMENT : 11111 ACH HOPITAL 11111						
⑳	L4E PRÉVUS À L'AVIS D'ASSIGNATION			5 475.00			5 475.00
	L4E COMPTABILISÉS POUR CHEF DÉPT. / CHARGE LABO. ⑳			N/A	N/A	N/A	0.00
	L4E COMPTABILISÉS PRÉCÉDEMMENT ㉑			100.00			N/A 100.00
	L4E COMPTABILISÉS DANS LE PRÉSENT ÉTAT DE SITUATION ㉒			96.00			N/A 96.00
	L4E COMPTABILISÉS TOTAL ㉓			196.00			196.00
㉔	L4E RÉSIDUELS			5 279.00			㉕ 5 279.00
	ÉTABLISSEMENT : 22222 ACH HOPITAL 22222						
	L4E PRÉVUS À L'AVIS D'ASSIGNATION			5 475.00			2 190.00 7 665.00
	L4E COMPTABILISÉS POUR CHEF DÉPT. / CHARGE LABO.			N/A	N/A	N/A	2 190.00 2 190.00
	L4E COMPTABILISÉS PRÉCÉDEMMENT						N/A 0.00
	L4E COMPTABILISÉS DANS LE PRÉSENT ÉTAT DE SITUATION			48.00			N/A 48.00
	L4E COMPTABILISÉS TOTAL			48.00			2 190.00 2 238.00
	L4E RÉSIDUELS			5 427.00			5 427.00
	TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS						
	L4E PRÉVUS À L'AVIS D'ASSIGNATION			10 950.00			2 190.00 13 140.00
	L4E COMPTABILISÉS POUR CHEF DÉPT. / CHARGE LABO.			N/A	N/A	N/A	2 190.00 2 190.00
	L4E COMPTABILISÉS PRÉCÉDEMMENT			100.00			N/A 100.00
	L4E COMPTABILISÉS DANS LE PRÉSENT ÉTAT DE SITUATION			144.00			N/A 144.00
	L4E COMPTABILISÉS TOTAL			244.00			2 190.00 2 434.00
	L4E RÉSIDUELS			10 706.00			10 706.00

**Remarque :** Si les établissements dans lesquels le médecin travaille n'ont pas le même taux différencié selon l'Annexe 19 et que le médecin travaille plus dans l'un et moins dans l'autre, il se peut que la RAMQ procède à une récupération pour la majoration payée en trop.

Le médecin a jusqu'au 31 décembre de l'année en cours pour effectuer les activités de laboratoire en résiduel.

### 3.11.3 Troisième partie – Semaines où aucune activité de laboratoire n’est pas présente pour le code d’acte 14011

#### Description

- 27. **PROF** : Classe, numéro, chiffre valideur, nom et prénom du professionnel.
- 28. **SEMAINE(S) OU LA DEMANDE DE PAIEMENT LIÉE AUX ACTIVITÉS DE LABORATOIRE (DDA) EST ABSENTE POUR LE CODE D’ACTE 14011** : Aucune facturation de L4E reçus.
- 29. **DATE DE DÉBUT** : Date de début de la période de facturation.
- 30. **DATE DE FIN** : Date de fin de la période de facturation.
- 31. **NBR DE JOURS** : Nombre de jours sans L4E facturés depuis la date de fin de facturation.

#### Exemple 3 – Troisième partie – Semaines où aucune activité de laboratoire n’est présente pour le code d’acte 14011

ANNÉE CIVILE : 2016

②7 PROF : 1-23456-7                      PIERRE                      UNTEL

②8 SEMAINE(S) OÙ LA DDA EST ABSENTE POUR LE CODE D'ACTE 14011

-----

②9	③0	③1
DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	NBR JOURS
2016-03-20	2016-03-26	20

**Remarque :** Si la RAMQ ne reçoit pas la facturation dans les 90 jours suivant la date de fin de la période, le ou les montants forfaitaires seront refusés. (Veuillez ne pas tenir compte de ce message si vous avez déjà fait l’envoi de votre ou de vos déclarations.)

## 3.12 Calendrier des périodes de facturation des activités de laboratoire pour les anatomo-pathologistes

Pour connaître les périodes de l’état de situation, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#). L’état de situation concerne la même période que celle de l’état de compte, bien qu’il soit produit antérieurement.

## 4 DEMANDE DE FACTURATION HORS DÉLAI

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.

## 5 NOUS JOINDRE

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



## Annexe I – Liste des codes de spécialité

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

Code	Signification
02	Anatomo-pathologie
06	Cardiologie
18	Médecine interne

Note : La facturation des codes de la spécialité 15 (hématologie) se fait uniquement à l'acte depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023. Les codes de la spécialité 33 (médecine nucléaire) ont été abolis le 19 septembre 2024 dans le cadre des mesures de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM).



## Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples

### Instructions de facturation :

Le médecin doit :

- Rechercher le modificateur simple ou la combinaison appropriée dans le cas de modificateurs multiples (ex. : 021-119);
- Inscrire le modificateur simple ou multiple (ex. : 264) sur la ligne de service;
- Multiplier les honoraires par la constante, le cas échéant (ex. : 1,0000);
- Inscrire le montant calculé dans la case *MONTANT*;
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Pour tous les services de laboratoire en établissement facturés en urgence, vous devez utiliser les modificateurs de la règle 4 du [préambule général du Manuel des services de laboratoire en établissement](#), et ce, peu importe votre spécialité, sauf pour les professionnels en rémunération mixte.

Ces derniers doivent toujours utiliser les modificateurs inscrits à l'article 4.2 de la [Brochure n° 5 – Rémunération mixte](#) pour la facturation des services prévus dans les tableaux de suppléments d'honoraires et qui sont rendus en urgence.

### Liste des modificateurs simples

<b>PRÉAMBULE GÉNÉRAL</b>	
<i>Remarque :</i> Ne s'appliquent pas aux anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2.	
<b>ANATOMO-PATHOLOGIE</b>	
ADDENDUM 2 Cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (100 %) .....	<b>MOD=077</b>
ADDENDUM 2 Cas révisé avec rapport succinct au dossier pour participation à une clinique des tumeurs (100 %) .....	<b>MOD=128</b>
ADDENDUM 2 Cas sur requête d'un médecin d'une autre spécialité du même établissement avec production d'un rapport écrit, en raison de sa complexité ou de sa gravité (100 %) .....	<b>MOD=129</b>
ADDENDUM 2 Consultation demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement, en raison de la complexité du ou des spécimens à étudier pour établir un diagnostic (150 %) .....	<b>MOD=151</b>
ADDENDUM 2	<b>MOD=152</b>

Consultations effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (150 %) .....	
<b>ADDENDUM 2</b> Consultations peropératoires effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (150 %) .....	<b>MOD=153</b>
<b>ADDENDUM 2</b> Service effectué auprès d'un patient de moins de 18 ans (pratique en pédiatrie) (100 %) ....	<b>MOD=171</b>
<b>ADDENDUM 2</b> Service effectué en pratique de la neuropathologie (100 %) .....	<b>MOD=175</b>
<b>ADDENDUM 2</b> Type A : Établissement nécessitant le support sur place d'un ou de plusieurs médecins en provenance d'un autre établissement; .....	<b>MOD=177</b>
<b>ADDENDUM 2</b> Type B : Établissement nécessitant le support d'un ou de plusieurs médecins d'un autre établissement via la télépathologie pour les actes d'extemporanés et biopsies urgentes ....	<b>MOD=180</b>
<b>ADDENDUM 2</b> Type C : Établissement nécessitant le support d'un ou de plusieurs médecins via l'interprétation à distance d'examen transmis par télépathologie, par courrier postal ou par autre moyen de transport .....	<b>MOD=190</b>
<b>ADDENDUM 2</b> Type D : Établissement nécessitant une contribution additionnelle exceptionnelle de médecins exerçant de façon principale dans cet établissement en pénurie sévère d'effectifs .....	<b>MOD=191</b>
<b>AVIS</b> : Depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2019, les modificateurs identifiant les types d'établissements selon la Lettre d'entente n° 189 ne doivent plus être utilisés, le taux de la rémunération additionnelle étant de 100 % dans tous les types d'établissement désignés (A, B, C ou D).	
<b>ADDENDUM 2 (LE 237B)</b> <b>Révision d'examen en anatomopathologie dans le cadre d'une demande du Collège des médecins du Québec (150 %)</b>	<b>MOD=237</b>
<b>ADDENDUM 2 (LE 256)</b> <b>Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an ou pour un patient en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours – LE 256.....</b>	<b>MOD=256</b>

<b>ANNEXE 15</b>	
Rémunération à 120 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités.....	<b>MOD=042</b>
<b>Remarque :</b> Ne s'applique pas aux anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2.	
<b>ANNEXE 38</b>	
Pour les services dispensés entre 7 h et 16 h 59, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés .....	<b>MOD=118</b>
Pour les services dispensés entre 17 h et 6 h 59, du lundi au vendredi; également le week-end et les jours fériés .....	<b>MOD=119</b>
Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et 23 h 59, du lundi au vendredi (majoration de 170 %).....	<b>MOD=109</b>
Pour les soins d'urgence rendus entre 0 h et 6 h 59, tous les jours (majoration de 150 %) ...	<b>MOD=110</b>
Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et 23 h 59, le week-end et les jours fériés (majoration de 170 %) .....	<b>MOD=111</b>

**Liste des modificateurs multiples**

<b>Combinaison de modificateurs</b>	<b>Modificateur multiple</b>	<b>Constante</b>
021 – 118	263	à calculer
021 – 119	264	1,0000
021 – 124	265	à calculer
074 – 109	259	1,7000
074 – 110	260	2,5000
074 – 111	261	1,7000
074 – 118	257	à calculer
074 – 119	258	1,0000
074 – 124	262	à calculer
077 – 177	272	1,5000
077 – 180	292	1,5000
077 – 190	458	1,5000
077 – 191	493	1,5000
128 – 177	494	1,0000
128 – 180	495	1,0000
128 – 190	496	1,0000
128 – 191	497	1,0000
129 – 177	498	1,0000
129 – 180	499	1,0000
129 – 190	526	1,0000
129 – 191	535	1,0000
151 – 177	536	1,5000
151 – 180	537	1,5000
151 – 190	559	1,5000
151 – 191	560	1,5000
152 – 177	564	1,5000
152 – 180	567	1,5000
152 – 190	568	1,5000
152 – 191	572	1,5000
153 – 177	597	1,5000
153 – 180	598	1,5000
153 – 190	633	1,5000
153 – 191	634	1,5000
171 – 077	460	1,0000

**Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE)**  
*Annexe II – Modificateurs simples et modificateurs multiples*

---

171 – 128	461	1,0000
171 – 129	462	1,0000
171 – 151	484	1,5000
171 – 152	485	1,5000
171 – 153	486	1,5000
175 – 077	487	1,0000
175 – 128	488	1,0000
175 – 129	489	1,0000
175 – 151	490	1,5000
175 – 152	491	1,5000
175 – 153	492	1,5000
Autres combinaisons	099	à calculer

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

- A.** Renseignements complémentaires liés à toute autre circonstance n’ayant pas d’incidence monétaire.
- B.** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C.** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d’assurance maladie, dans les cas suivants :
- âgée de moins d’un an;
  - admise dans un centre d’hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;
  - âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 ans et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D.** Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d’assurance maladie **SAUF s’il s’agit d’une personne soumise au délai de carence**, dans les cas suivants :
- **personne assurée** requérant des soins urgents;
  - à la suite d’une ordonnance du tribunal (98005, 98006, 98007 et 98012);
  - s’il s’agit d’un service à la demande du coroner pour une personne décédée;
  - demandeur d’asile admissible au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) et résidant au Québec.
- J.** Personne soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l’admissibilité et l’inscription des personnes auprès de la Régie de l’assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre A-29, r. 1), en vertu de la Loi sur l’assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d’exception gérée par la RAMQ, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Les situations d’exception sont en lien avec les services :
- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d’une agression sexuelle;
  - liés à la grossesse, à l’accouchement ou à l’interruption de grossesse;
  - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- K.** Code OMIM (*Online Mendelian Inheritance in Man*) composé de six chiffres que le médecin doit fournir avec certains actes de génétique médicale et qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- N.** Demande d’honoraires additionnels (voir la règle 5 du préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*).
- Demande d’un service médical non négocié (voir la règle 2 du préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*).
- S.** Services rendus dans le cadre des lois administrées par la Commission des normes, de l’équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).
- Remarque :** Lorsqu’il y a plus de deux lettres, **la lettre A** devient la moins prioritaire. Inscrire **la lettre A** ainsi que les autres lettres dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRE*.