



MÉDECINS SPÉCIALISTES

GUIDE DE FACTURATION

Mesures incitatives



Table des matières

Sommaire des modifications apportées	2
Introduction	3
1 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)	5
1.1 Avant-propos	5
1.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire	6
1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement	7
1.3 Expédition	13
2 Paiement	15
2.1 Mode de paiement	15
2.2 Délai de paiement	15
2.3 État de compte	15
2.3.1 Description	15
2.3.2 Vérification des paiements	20
2.4 Règlement des demandes de remboursement ou de paiement	21
2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé	21
2.4.2 Demande de remboursement ou de paiement en cours de traitement	21
2.4.3 Paiement refusé en partie	21
2.4.4 Paiement refusé en totalité	21
2.4.5 Modification d'une demande déjà payée	21
2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement ou de paiement	21
2.5 Liste des codes de transaction	22
2.6 Liste des messages explicatifs	22
2.7 Calendriers de paiement	22
3 Demande de révision ou d'annulation	23
3.1 Instructions pour effectuer une demande de révision	23
3.1.1 Pièces justificatives à joindre à la demande de révision	23
3.1.2 Situations ne pouvant pas faire l'objet d'une demande de révision	23
3.2 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision	24
3.3 Demande d'annulation	24
4 Demande de facturation hors délai	25
5 Nous joindre	26

Sommaire des modifications apportées

Mise à jour : 3 octobre 2025

Section 1.3 Demande de paiement Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ – Annexe VII – ASCBMFQ (4188) – Description du formulaire : Retrait de la section.

Section 3 Demande de révision ou d'annulation : Déplacement et mise à jour des sections 2.5 et 2.6. Renumérotation des sections suivantes.

Introduction

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

À cet égard, il contient notamment la rédaction de la demande de remboursement, la demande de paiement et des renseignements relatifs au paiement.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la *Gazette officielle du Québec* ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la RAMQ vous recommande de consulter son site Web** (section [Professionnels](#)) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

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

1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (3336)

1.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les médecins spécialistes admissibles aux mesures incitatives le formulaire [Demande de remboursement des mesures incitatives](#) (3336), disponible uniquement en version dynamique. Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la section 1.4 de ce guide.

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

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

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

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

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

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

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

Remarque : Pour la **prime de rétention et de revalorisation**, il appartient au médecin de faire la première demande à la RAMQ au moyen d'une lettre adressée au Service de la rémunération forfaitaire. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement tant que les conditions demeureront inchangées.

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

(Annexes 19 et 20)

La demande de remboursement comporte 9 sections :

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Numéro de contrôle externe; | 6. Sortie; |
| 2. Professionnel; | 7. Déplacement; |
| 3. Ressourcement et perfectionnement; | 8. Renseignements complémentaires; |
| 4. Prime d'éloignement; | 9. Signature du professionnel. |
| 5. Déménagement; | |

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES			
PROFESSIONNEL					
NOM 2		PRÉNOM		N° DU PROFESSIONNEL	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT	
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ		CODE DE LOCALITÉ		ANNÉE MOIS JOUR	
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT					
JOUR	01	02	03	04	05
QUANTIÈME 3					
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)					
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)					
PÉRIODE DU					ANNÉE MOIS JOUR
AU					
TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE					
PRIME D'ÉLOIGNEMENT					
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS
DU 4					
AU					
<input type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS			<input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		
MONTANT DEMANDÉ					
DÉMÉNAGEMENT					
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ	
ANNÉE	MOIS	JOUR			
5					
LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ		MONTANT DEMANDÉ	
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE MOIS JOUR	
		AU			
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)		DATE		ANNÉE MOIS JOUR	
MONTANT DE L'ESTIME(1)		MONTANT DE L'ESTIME(2)			
SORTIE					
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS
DU 6					
AU					
NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE			Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.		
DÉPLACEMENT					
TYPE DE MESURE	DATE	MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE
	ANNÉE MOIS JOUR				
7					
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie 3- Déménagement			1- Auto 2- Auto 3- Taxi 4- Autres		
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES					
8					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL					
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE 9		DATE ANNÉE MOIS JOUR	
Régie de l'assurance maladie Québec					
3336 202 19/05 TRANSMETTEZ À LA RAMO UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.					

Remarque :

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

1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement

1.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

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

1.2.1.2 Section 2

Professionnel

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

- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **N° DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **ENDROIT DE PRATIQUE** : le nom et le numéro d'établissement ou le nom et le code de la localité de pratique;
- **DATE** : la date de début de pratique à cet endroit.

1.2.1.3 Section 3

Ressourcement et perfectionnement

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement et pour les médecins spécialistes qui ont participé à la formation pour le maintien des compétences en coloscopie selon la *Lettre d'entente n° 198*.

- **Quantième** :
Date représentée par un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.
- **Période** :
Date de début et date de fin de la période couverte par le séjour.
- **Rémunération** :
Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le médecin spécialiste reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.
- **Allocation forfaitaire** :
Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'Entente.
- **Total demandé pour l'allocation forfaitaire** :
Inscrire la somme des montants demandés pour l'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de 7 jours, utiliser un second formulaire et joindre à ce dernier une copie des pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la [Section 7](#).

Exemple pour les sections 1 à 3

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 0		1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES							
PROFESSIONNEL 2									
NOM UNTEL		PRÉNOM Marie		N° DU PROFESSIONNEL 123456					
ENDROIT DE PRATIQUE OU	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre de santé de l'Hématite		N° DE L'ÉTABLISSEMENT 91292		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT				
	LOCALITÉ Fermont		CODE DE LOCALITÉ		ANNÉE MOIS JOUR 2 0 A A 0 2 2 1				
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT 3									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR	
QUANTIÈME	11	12	13					2 0 A A 0 7 1 0	
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	0,5	1	1					AU 2 0 A A 0 7 1 6	
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	278	278	278					TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 834 00	

1.2.1.4 Section 4

Prime d'éloignement ou d'isolement

– Période

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

Après le premier versement de cette prime, les versements qui suivent sont effectués automatiquement.

Les trimestres sont répartis comme suit :

1^{er} : mai, juin, juillet;

2^e : août, septembre, octobre;

3^e : novembre, décembre, janvier;

4^e : février, mars, avril.

– Avec ou sans dépendants

Inscrire un « X » dans la case appropriée.

– Montant demandé

Montant correspondant à celui prévu à l'entente selon le secteur de pratique et la présence ou non de dépendants.

Remarque : Lorsque vous demandez la prime avec dépendants, veuillez spécifier le nom, le prénom, la date de naissance et le lien des dépendants dans la section *Renseignements complémentaires*.

Exemple pour la section 4

PRIME D'ÉLOIGNEMENT (4)																				
PÉRIODE		ANNÉE	MOIS	JOUR			ANNÉE	MOIS	JOUR											
DU		2	0	A	A	0	5	0	1	AU	2	0	A	A	0	7	3	1	<input checked="" type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS	MONTANT DEMANDÉ 4 797,50

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (8)			
Renseignement relatif aux dépendants			
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien

1.2.1.5 Section 5

Déménagement

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

1) Frais de déménagement

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

2) Frais d'entreposage

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

3) Demande d'avance

- **Date** : Ne rien inscrire dans cette section (ne s'applique pas chez les médecins spécialistes).

Remarque : Pour les frais de déplacement, voir la [Section 7](#).

Exemple pour la section 5

DÉMÉNAGEMENT 5		LOCALITÉ DE DÉPART		CODE DE LOCALITÉ			
DATE DU DÉMÉNAGEMENT		Montréal		66546			
ANNÉE	MOIS	JOUR					
2	0	A	A	0	7	0	8
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE		CODE DE LOCALITÉ		MONTANT DEMANDÉ	
		Fermont		69761		6 449 127	
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		AU		MONTANT DEMANDÉ	
		ANNÉE		MOIS		JOUR	
DEMANDE D'AVANCE		DATE		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)	
(Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)							
		ANNÉE		MOIS		JOUR	

1.2.1.6 Section 6

Sortie

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

- **Période**
Date de début et date de la fin de la période couverte par la sortie.
- **Nombre de personnes ayant effectué la sortie**
Inscrire le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

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

1.2.1.7 Section 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement des frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement ou de perfectionnement, une sortie ou un déménagement ou pour les médecins spécialistes qui ont participé à la formation pour le maintien des compétences en coloscopie selon la *Lettre d'entente n° 198*.

- **Type de mesure**
Inscrire le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :
- 1 = Ressourcement ou perfectionnement
2 = Sortie
3 = Déménagement
- **Date**
Date du déplacement (format année/mois/jour)

– **Moyen de transport**

Moyen de transport utilisé :

1 = Auto (joindre un reçu d'essence ou de stationnement)

2 = Avion

3 = Taxi

4 = Autres

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

– **Nombre de kilomètres (auto)**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en auto.

– **Localité de départ/Localité d'arrivée**

– **Montant demandé**

– **Total des frais de déplacement**

Exemple pour les sections 6 et 7

SORTIE 6																	
PÉRIODE				ANNÉE				MOIS		JOUR		NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.			
DU	2	0	A	A	0	5	1	0	AU	2	0	A	A			0	5
DÉPLACEMENT 7																	
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ									
	ANNÉE	MOIS	JOUR														
2	2	0	A	A	0	5	1	0	1	1217	Fermont	Montréal	1 131 81				
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement										1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		1 131 81			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																	
Personnes qui ont effectué la sortie.																	

1.2.1.8 Section 8

Renseignements complémentaires

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

1.2.1.9 Section 9

Signature du professionnel (à remplir obligatoirement)

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

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

Exemple pour les sections 8 et 9

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 8			
UNTEL, Louis		conjoint	
UNTEL, Pierre	20AA-06-07	fils	

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL 9		DATE		
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR
	<i>Marie Untel</i>	A, A	1, 1	1, 6

3336 292 19/05

TRANSMETTEZ À LA RAMQ UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.

Régie de l'assurance maladie

Québec

1.3 Expédition

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

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

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

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

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

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

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

2 PAIEMENT

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

2.1 Mode de paiement

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

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

2.2 Délai de paiement

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

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

2.3 État de compte

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

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

2.3.1 Description

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

2.3.1.1 Renseignements généraux

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

1. **NOM** : Le nom et le prénom du médecin spécialiste.
2. **N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du médecin spécialiste ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. **N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **N° DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre **V**.

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

Régie de
l'assurance maladie

Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

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

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

OR341 - 4702 092007
VOIR AU VERSO

2.3.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paielements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **Description des gains :** Mesures incitatives.
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**
6. **Détails des cumuls des plafonnements**
 - nom du plafonnement. La [liste](#) est disponible sur le site de la RAMQ;
 - cumul par période et type de plafonnement (plafonnement de gains ou d'activités);
 - montant du plafonnement par période.

Notes :

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

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX ①

PAIEMENTS ET RETENUES ②

PAIEMENTS

DP ou facture payée	00000,00	
Payée avec montant modifié (tra.02)	000,00	
Révision, décision Régie (tra.22)	00,00	
TOTAL DU PAIEMENT		00000,00

RETENUES

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

MONTANT NET

00000,00

DESCRIPTION DES GAINS ③

00000,00

DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④

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

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ⑤

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

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

PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ		
PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- ANN19 REMUNE. DIFFER.	000 000,00\$	000 000,00\$
PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ		
PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PG2 AUTRES SPEC.	00 000,00\$	000 000,00\$
PLAFONDS D'ACTIVITÉS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT
- PA17 OPHTALMOLO ART.2	0	0
- PA17 OPHT. CAPSULO.	0	0
- PA17 OPHT. RETINOG.	0	0

MESSAGES

- LE PLAFONNEMENT ANN19 REMUNE. DIFFER. A ÉTÉ ATTEINT LE 20AA-MM-JJ POUR LA PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ.

REMARQUE:

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

FIN DU RELEVÉ

OR341 - 4702 101620

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

1a. N° DE LA DEMANDE : Numéro de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives par ordre croissant.

Pour une prime de rétention, ce numéro est exprimé comme suit :

les 2 premiers chiffres = **99**
le 3^e chiffre = **1** pour une prime de rétention
le 4^e chiffre = **1** 1^{er} trimestre (janvier-février-mars)
2 2^e trimestre (avril-mai-juin)
3 3^e trimestre (juillet-août-septembre)
4 4^e trimestre (octobre-novembre-décembre)
5 plusieurs trimestres sur la demande

Pour une prime de revalorisation, ce numéro est exprimé comme suit :

les 2 premiers chiffres = **99**
le 3^e chiffre = **2** pour une prime de revalorisation
le 4^e chiffre = **1** pour une année
5 plusieurs années sur la demande

2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement ou de paiement a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour (ex. : AA0122, c'est-à-dire AA pour 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième).

3a. CODE TRA : Numéro référant au code de la transaction **TRA**.

4a. NATURE DU MONTANT : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

Type de mesure, soit :

- déménagement;
- prime d'éloignement ou d'isolement;
- ressourcement;
- sortie;
- prime de rétention;
- prime de revalorisation.

Élément de mesure, soit :

- rémunération;
- allocation forfaitaire;
- prime d'éloignement ou d'isolement;
- déménagement;
- frais d'entreposage;
- déplacement;
- autres frais.

5a. TEMPS / KILOM. : Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.

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

- 7a. RÉF. DEM.** : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement ou de paiement.
- 8a. MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE** : Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.



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 UNTEL ROBERT	N° DU PROFESSIONNEL 0-00000-0	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT 00000	N° DU CHEQUE OU VIREMENT 00000000 C	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-11-17					

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU			N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-11-06 (T)				002
20AA-10-27 (P)			OR-46	DE 002

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS/ KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>REMARQUE:</div> <div>RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">FIN DU RELEVÉ</div>											

OR344 4702 306 09/94
VOIR AU VERSO

2.3.2 Vérification des paiements

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

2.4 Règlement des demandes de remboursement ou de paiement

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

2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé

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

2.4.2 Demande de remboursement ou de paiement en cours de traitement

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

2.4.3 Paiement refusé en partie

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

2.4.4 Paiement refusé en totalité

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

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

2.4.5 Modification d'une demande déjà payée

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

2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement ou de paiement

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

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

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

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

2.5 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.

2.6 Liste des messages explicatifs

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

2.7 Calendriers de paiement

Les [Calendriers de paiement](#) sont accessibles sur le site de la RAMQ.

3 DEMANDE DE REVISION OU D'ANNULATION

3.1 Instructions pour effectuer une demande de révision

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

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

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

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

3.1.1 Pièces justificatives à joindre à la demande de révision

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

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

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

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

- Vous ne devez pas soumettre de nouvelle demande de révision pour une demande de paiement ayant déjà fait l'objet d'une demande de révision pour laquelle vous n'avez pas encore eu de code TRA 21 ou TRA 22 à l'état de compte. Pour plusieurs situations, le délai de révision peut être plus long que 90 jours, entre autres, lorsqu'un autre secteur de la RAMQ doit être interpellé.
- Les demandes de paiement en cours de traitement (TRA 05) ne peuvent pas faire l'objet d'une révision.
- Les demandes de paiement retenues pour faillite, saisie, décès, arrêt de paiement ou statut d'inscription (TRA 50) ne peuvent pas faire l'objet d'une révision. Pour toute question concernant des demandes de paiement TRA 50, communiquez avec le [Centre de relations avec les professionnels](#).

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

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Pour recevoir des notifications, [fournissez-nous votre adresse courriel](#). À défaut d'avoir procédé à votre inscription à nos services en ligne, vous recevrez notre correspondance par la poste.

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

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

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

3.3 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).

4 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

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

5 NOUS JOINDRE

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