



MÉDECINS SPÉCIALISTES

Guide de facturation
Rémunération à l'acte

Mise à jour le 2 octobre 2017

Table des matières

1	Introduction	5
1.1	Présentation du guide de facturation	5
1.2	Délai de facturation.....	5
1.3	Moyens de transmission	5
1.4	Modes de transmission	6
1.5	Pièces justificatives	6
2	Carte d'assurance maladie.....	7
2.1	Description de la carte d'assurance maladie	7
2.2	Modèles de cartes d'assurance maladie	7
2.3	Validité de la carte d'assurance maladie.....	10
2.4	Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie	10
3	Demande de remboursement d'une personne assurée.....	13
3.1	Demande de remboursement.....	13
3.1.1	Contenu du formulaire <i>Demande de remboursement d'une personne assurée</i> (4314)	13
3.1.2	Procédure pour produire un formulaire de demande de remboursement d'une personne assurée et un relevé d'honoraires	14
4	Facturation des honoraires.....	16
4.1	La facture et la ligne de facture	16
5	Facture de services médicaux.....	17
5.1	Description de la facture de services médicaux.....	17
5.2	Particularités de la facture de services médicaux	17
5.2.1	Éléments de contexte	17
5.2.2	Lieu de dispensation.....	18
5.2.3	Lieu en référence.....	19
5.2.4	Situations où le lieu en référence doit être utilisé et les informations à fournir.....	20
5.2.5	Secteurs d'activité	21
5.2.6	Secteurs d'activité d'un centre hospitalier	21
5.2.7	Heure de début du service	22
5.2.8	Forfaits	23
5.2.9	Traitement collectif.....	24
5.2.10	Séance	24
5.2.11	Actes non tarifés	25
5.2.12	Honoraires additionnels	25
5.3	Description des champs de la facture de services médicaux	26
5.4	Recevabilité des factures	34
5.4.1	Facture recevable	34
5.4.2	Facture non recevable.....	34
5.4.3	Calcul du montant préliminaire.....	35
6	Facture de frais de déplacement	36
6.1	Frais de déplacement	36
6.2	Pièces justificatives liées aux frais de déplacement.....	36
6.3	Facturation des frais de déplacement.....	36
6.4	Particularités de facturation des frais de déplacement	38
6.5	Exemples de facturation des frais de déplacement	39

7	Modification d'une facture	46
7.1	Modifier une facture	46
8	Annulation d'une facture	48
8.1	Annuler une facture	48
9	Paieement	49
9.1	Modes et versement du paiement	49
9.1.1	Délai de paiement	49
9.2	État de compte	49
9.3	Affichage des factures à l'état de compte	50
9.3.1	Affichage des factures	50
9.3.2	Affichage lors d'une modification de facture	50
9.3.3	Affichage lors d'une annulation de facture	50
9.4	Description des sections de l'état de compte	51
9.4.1	Factures réglées au montant préliminaire calculé	51
9.4.2	Autres factures reçues pendant la période couverte	53
9.4.3	Factures modifiées par rapport à un état de compte antérieur	54
9.4.4	Factures retenues par la Régie	55
9.4.5	Demandes de révision reçues et en cours de traitement	56
9.4.6	Demandes de remboursement d'une personne assurée	57
9.4.7	Liste des codes de transactions (TRA)	58
10	Demande d'autorisation	60
10.1	Instructions pour effectuer une demande d'autorisation	60
10.1.1	Envoi des demandes d'autorisation	61
10.1.2	Traitement des demandes d'autorisation	61
11	Demande de révision	62
11.1	Instructions pour effectuer une demande de révision	62
11.1.1	Documents explicatifs à joindre à la demande de révision	62
12	Demande de facturation hors délai	63
12.1	Instructions pour effectuer une demande de facturation hors délai	63
12.1.1	Décision de la Régie	64
13	Lexique	65
14	Nous joindre	74
	Annexe I – Liste des éléments de contexte par section de l'Entente	76
	Annexe II – Liste des éléments de contexte liés aux séances	84
	Annexe III – Liste des rôles	86
	Annexe IV – Exemples de calcul du montant préliminaire	87
	Tableau I	87
	Tableau II	87

Avis aux médecins spécialistes

Le *Guide de facturation – Rémunération à l'acte* contient des renseignements évolutifs. Certaines sections sont en cours d'élaboration et sont identifiées à cet effet.

1 Introduction

1.1 Présentation du guide de facturation

Le guide de facturation de la rémunération à l'acte vise à renseigner les médecins spécialistes sur les modalités de facturation à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie).

Il contient les instructions pour produire une demande de paiement, incluant soit une facture de services médicaux, soit une facture de frais de déplacement. Ce guide comprend aussi les renseignements permettant d'effectuer le suivi de la facturation et de modifier ou d'annuler une facture, si requis.

L'information sur la validation de la carte d'assurance maladie et sur le remboursement à la personne assurée y est aussi présentée.

1.2 Délai de facturation

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le médecin spécialiste doit soumettre ses factures de services médicaux et de frais de déplacement dûment remplies dans les **90 jours** suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis.

1.3 Moyens de transmission

Le médecin spécialiste qui veut soumettre une facture peut le faire via :

- Une agence de facturation privée;
- Une agence de facturation commerciale;
- Les services en ligne de la Régie.

Peu importe le mode de transmission de sa facture, le médecin spécialiste doit se conformer aux modalités de facturation déterminées par la Régie et respecter le [Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie](#).

Le médecin spécialiste assume la responsabilité de l'exactitude des renseignements fournis sur les factures transmises de façon électronique à la Régie.

Le médecin spécialiste qui souhaite connaître toutes les modalités d'accréditation d'une nouvelle agence ou les modalités d'accréditation d'un médecin spécialiste à une agence privée ou commerciale peut consulter la [rubrique](#) sur le sujet.

Le médecin spécialiste désirant utiliser le service en ligne de la Régie doit s'inscrire aux services en ligne, si ce n'est déjà fait.

La rubrique [Services en ligne offerts aux médecins spécialistes](#) contient l'information nécessaire concernant l'inscription.

1.4 Modes de transmission

Transmission de l'information en direct

Ce mode de transmission permet à l'utilisateur d'envoyer une seule facture à la fois et de recevoir une rétroaction en direct (renseignements relatifs au montant préliminaire calculé) de la part de la Régie sur la facturation qu'il vient de soumettre par le service en ligne ou par un logiciel de facturation.

Transmission de l'information en différé

Ce mode de transmission permet à l'utilisateur d'envoyer des demandes de paiement en lot (maximum cinq factures par demande de paiement). Une rétroaction en différé (renseignements relatifs au montant préliminaire calculé) est transmise par le portail de transfert automatisé des factures (bus de messagerie) TIP-I (Télécommunications des informations de paiement – par – Internet). La rétroaction en différé s'effectue généralement le lendemain de la transmission des factures.

1.5 Pièces justificatives

La Régie peut demander des pièces justificatives pour évaluer correctement la facturation. Bien que les pièces justificatives ne soient pas exigées d'emblée, le médecin spécialiste **doit les conserver pendant cinq (5) ans** au cas où elles lui seraient demandées.

Une pièce justificative est demandée par la Régie via la messagerie sécurisée du médecin spécialiste ou par la poste. Un code à barres est joint à cette demande et doit être retourné avec la pièce justificative par la poste. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

Si la Régie ne reçoit pas la pièce justificative demandée, elle ne sera pas en mesure de compléter l'évaluation de la facture, ce qui entraînera son refus partiel ou complet. Un message explicatif paraîtra à l'état de compte pour signifier cette situation.

2 Carte d'assurance maladie

2.1 Description de la carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie valide.

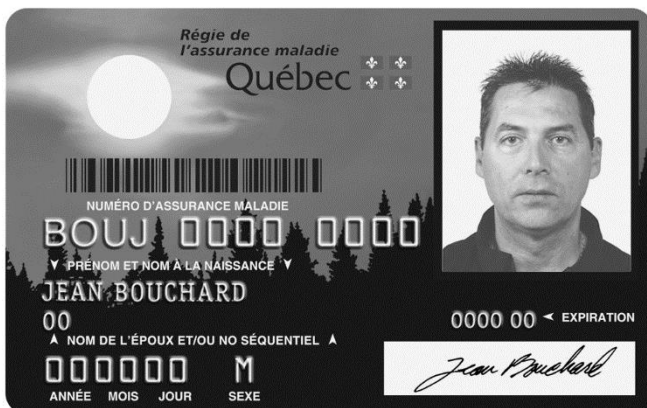
La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

- Numéro d'assurance maladie (code alphanumérique à 12 caractères);
- Prénom usuel et nom de famille à la naissance;
- Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
- Date d'expiration de la carte;
- Date de naissance et sexe;
- Photographie ou signature (sauf exception);
- Hologramme;
- Code à barres.

2.2 Modèles de cartes d'assurance maladie

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services couverts.

Avec photo et signature



Cette carte est délivrée à la plupart des personnes assurées.

Sans photo et sans signature



Cette carte est délivrée lorsque la personne assurée se trouve dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Elle est âgée de moins de 14 ans;
- Elle est âgée de 75 ans ou plus;
- Elle est hébergée en établissement.



Cette carte est délivrée lorsque la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo et sa signature.

Sans photo, avec signature



Cette carte porte la mention « EXEMPTÉ » dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo.

Avec photo, sans signature



Cette carte porte la mention « EXEMPTÉ » dans le rectangle blanc prévu pour la signature. La photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature.

2.3 Validité de la carte d'assurance maladie

Lorsque la personne assurée présente sa carte d'assurance maladie, celle-ci doit être valide quel que soit le modèle de carte.

Le médecin doit vérifier les éléments suivants :

- La photo et la signature (s'il y a lieu)
Au moment où la personne assurée présente sa carte, le médecin s'assure qu'il s'agit bien de la carte de la personne à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature. Sinon, la personne doit payer les honoraires au médecin spécialiste.
- La date d'expiration

Si la carte est expirée, la personne doit payer les frais au médecin, puis se faire rembourser par la Régie en remplissant une [demande de remboursement](#) lorsque sa carte sera de nouveau valide.

2.4 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie

Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie, le médecin spécialiste peut facturer ses services à la Régie dans les circonstances suivantes :

Circonstances	Informations à fournir
L'enfant est âgé de moins d'un an.	Inscrire : <ul style="list-style-type: none">• le nom, le prénom (si inconnu, ne rien inscrire), la date de naissance, le sexe et l'adresse (si connue);• le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père à la section <i>Personne répondante</i> lorsque connu, sinon inscrire le nom, le prénom et le sexe de la personne répondante;• l'ordre des naissances (naissances multiples).
La personne est dans un état requérant des soins urgents.	Si les informations d'identité sont connues, inscrire : <ul style="list-style-type: none">• le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse (si connue);

Circonstances	Informations à fournir
	<ul style="list-style-type: none"> le numéro d'assurance sociale, si connu.
La personne assurée est admise dans un centre de réadaptation ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.
La personne assurée est un mineur de 14 ans ou plus qui reçoit des services couverts sans l'autorisation parentale.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.
La personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe.
Services professionnels à la demande du coroner	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe. Ne rien inscrire si le cadavre est non identifiable.
Prélèvement d'un donneur non québécois	Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse.

En plus d'inscrire les renseignements sur le patient, le médecin spécialiste doit indiquer la circonstance dans laquelle il a rendu les services.

Délai de carence : Pour une personne en provenance d'un pays étranger est soumise au délai de carence prévu au [Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec](#), en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, les services rendus sont payables seulement pour les [situations particulières](#) prévues dans le programme confié à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le médecin spécialiste doit spécifier sur sa facture que la personne est soumise au délai de carence et indiquer l'une des situations particulières.

À défaut de payer pour les services rendus, la personne doit présenter une [lettre](#) de la Régie qui confirme la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec et la période durant laquelle elle est soumise au délai de carence. Cette lettre comporte le numéro d'assurance maladie qui doit être inscrit sur la facture.

Si la personne en délai de carence ne présente pas cette lettre, elle doit déboursier les honoraires pour les services professionnels reçus, et ce, même s'il s'agit d'une situation d'urgence. De plus, une personne assujettie au délai de carence qui ne présente pas la lettre ne peut pas se faire rembourser par la Régie, puisqu'elle n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie du Québec.

Important :

Dans tous les autres cas, la personne doit payer les honoraires au médecin spécialiste et se faire rembourser par la Régie lorsqu'elle aura démontré son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec et qu'elle aura obtenu une carte valide. Pour que cette personne soit remboursée, le médecin remplit la partie qui le concerne du formulaire [*Demande de remboursement d'une personne assurée*](#) (4314) et le remet à la personne assurée, qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

3 Demande de remboursement d'une personne assurée

3.1 Demande de remboursement

Mis à part les circonstances décrites à la section 2.4, lorsqu'une personne assurée n'est pas en mesure de présenter sa carte d'assurance maladie ou lorsque sa carte est expirée, elle doit payer pour les services couverts reçus et demander un remboursement à la Régie. Dans cette situation, le médecin spécialiste doit lui fournir le formulaire [*Demande de remboursement d'une personne assurée*](#) (4314).

Pour obtenir un remboursement, la personne qui en fait la demande doit avoir reçu un service couvert par le régime d'assurance maladie du Québec. Elle doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec et posséder une carte d'assurance maladie valide.

La demande de remboursement doit être effectuée dans l'année suivant la date du service couvert rendu, sans quoi la personne assurée ne pourra être remboursée.

L'envoi d'une demande de remboursement à la Régie est sous la responsabilité de la personne assurée. Cette responsabilité est prescrite à l'article 14.2 de la [Loi sur l'assurance maladie](#).

Toutefois, pour que la Régie puisse évaluer adéquatement la demande de remboursement, elle doit avoir reçu du médecin spécialiste le relevé d'honoraires du ou des services couverts rendus à la personne assurée.

3.1.1 Contenu du formulaire *Demande de remboursement d'une personne assurée* (4314)

Dans le cadre de la rémunération à l'acte, une demande de remboursement pour des services couverts se divise en deux sections : la section du professionnel et la section de la personne assurée.

La section du professionnel contient le nom, le prénom et le numéro du médecin spécialiste ayant rendu le service. Elle contient aussi les informations d'identité de la personne assurée. De plus, des renseignements relatifs aux services couverts rendus, comme l'acte posé (le code de facturation et la description du service rendu), le montant perçu et la date des services, y apparaissent. **Cette section doit obligatoirement être remplie et signée par le professionnel.**

La section de la personne assurée contient, quant à elle, les renseignements relatifs à son adresse et son numéro de téléphone. Cette partie doit être remplie et signée par la personne assurée.

3.1.2 Procédure pour produire un formulaire de demande de remboursement d'une personne assurée et un relevé d'honoraires

Le médecin spécialiste doit toujours remettre un formulaire de remboursement rempli et signé à une personne assurée avant que celle-ci ne quitte le cabinet ou l'établissement. Le médecin **doit également toujours fournir à la Régie le relevé d'honoraires (facture liée à la demande de remboursement) pour les services couverts qu'il a rendus, et ce, peu importe le mode d'accès utilisé pour la facturation**. Il doit préciser qu'il s'agit d'une demande de remboursement, indiquer les montants perçus pour chacun des services et fournir les mêmes informations que pour produire une facture de frais médicaux.

La façon de procéder pour produire une demande de remboursement et un relevé d'honoraires (facture liée à la demande de remboursement) dépend du mode d'accès utilisé pour la facturation.

Utilisation du service en ligne FacturActe :

L'utilisation du service en ligne FacturActe pour la facturation des services couverts rendus en lien avec la demande de remboursement d'une personne assurée permet, par un accès direct, d'obtenir le formulaire prérempli [Demande de remboursement d'une personne assurée](#) (4314). Pour ce faire, le médecin doit répondre oui à la question suivante : « S'agit-il d'une facture liée à une demande de remboursement? » En répondant oui, lors de l'ajout de chaque ligne, le médecin a le choix de percevoir le montant calculé par la Régie ou d'inscrire le montant qu'il perçoit conformément à l'Entente.

- S'il choisit le montant calculé par la Régie, il n'a pas besoin de saisir un montant. Cette option devrait être utilisée uniquement en présence de la personne assurée.
- S'il choisit de percevoir un montant différent, il doit saisir ce montant.

Le relevé d'honoraires (facture liée à la demande de remboursement) correspondant est automatiquement produit par le système et peut être transmis à la Régie. Par la suite, le médecin spécialiste qui utilise FacturActe imprime le formulaire [Demande de remboursement d'une personne assurée](#) (4314) prérempli, le **signe** et le remet à la personne assurée.

Dans l'éventualité où le médecin produit ultérieurement son relevé d'honoraires à l'aide de FacturActe, **il doit tout de même remplir le formulaire [Demande de remboursement d'une personne assurée](#) (4314)**, accessible dans le site Web de la Régie, **en présence de la personne assurée**. Il doit remplir la section portant sur les services couverts rendus, déterminer et inscrire le montant à percevoir pour chacun des services couverts rendus à la case *Montant perçu*. Ce montant doit correspondre à la somme des montants

inscrits sur chacune des lignes du relevé d'honoraires (facture liée à la demande de remboursement). Par la suite, il doit **signer le formulaire et le remettre à la personne assurée avant que celle-ci ne quitte son bureau.**

Utilisation d'un logiciel de facturation :

Le médecin spécialiste doit utiliser le formulaire [Demande de remboursement d'une personne assurée](#) (4314), accessible dans le site Web de la Régie, **qu'il peut imprimer au préalable.** Il remplit la section portant sur les services couverts rendus. Il détermine et inscrit le montant à percevoir pour chacun des services couverts rendus à la case *Montant perçu*. Ce montant doit correspondre à la somme des montants inscrits sur chacune des lignes du relevé d'honoraire (facture liée à la demande de remboursement). Par la suite, il doit **signer le formulaire et le remettre à la personne assurée avant que celle-ci ne quitte son bureau.**

Il doit également transmettre son relevé d'honoraires (facture liée à la demande de remboursement) par un logiciel de facturation conforme et reconnu ou par une agence de facturation en précisant le montant qu'il a perçu pour chacun des services couverts.

Note

Pour s'assurer que le médecin reçoit le montant auquel il a droit (récupération ou remboursement), tout ajustement nécessaire sera effectué par la Régie et sera apporté à l'état de compte.

Important : Une seule date de service doit être inscrite à la case *Date des services* du formulaire [Demande de remboursement d'une personne assurée](#) (4314). Un seul formulaire par date de service doit être utilisé pour une demande de remboursement d'une personne assurée.

De plus, il n'est pas possible de modifier un relevé d'honoraires pour lequel la personne assurée a été remboursée. Pour modifier son relevé d'honoraires, le médecin spécialiste doit faire une demande de révision.

4 Facturation des honoraires

4.1 La facture et la ligne de facture

Le médecin spécialiste qui demande le paiement de ses honoraires pour des services couverts prévus à l'Entente doit créer une facture.

Il doit au préalable sélectionner le compte de facturation dans lequel les montants seront versés : soit le compte personnel, soit le compte administratif (individuel ou collectif).

Le médecin choisit ensuite le type de facture qu'il veut créer : une facture de services médicaux ou une facture de frais de déplacement.

La facture décrit ce qui est facturé. La Régie attribue un numéro unique à chaque facture afin de faciliter les suivis sur l'état de compte. Ce numéro doit être utilisé lors des communications avec la Régie.

La facture est aussi composée d'une partie détaillée, soit la « ligne de facture », dans laquelle les renseignements décrivent précisément le service ou les frais de déplacement facturés. Le nombre maximal de lignes par facture est de dix. Pour les factures liées à une demande de remboursement, le maximum de ligne par facture est de cinq.

5 Facture de services médicaux

5.1 Description de la facture de services médicaux

Une facture de services médicaux décrit les services couverts prévus à l'Entente.

Elle contient entre autres :

- les renseignements du patient;
- le lieu de dispensation du service;
- les codes de facturation et les circonstances qui y sont reliées.

5.2 Particularités de la facture de services médicaux

5.2.1 Éléments de contexte

Les éléments de contexte permettent au médecin spécialiste de décrire le contexte dans lequel les services ont été rendus, et ainsi d'appliquer les dispositions de l'Entente. Pour bien décrire ce contexte, le médecin spécialiste a la possibilité de choisir un ou plusieurs éléments de contexte qui lui sont suggérés. Il peut également décider de n'en sélectionner aucun.

Il est important de bien identifier les éléments de contexte, car lors de l'appréciation de la facture, la Régie est en mesure de déterminer les effets de ces contextes sur le calcul des honoraires.

Il y a deux types d'éléments de contexte.

Éléments de contexte généraux

Ces éléments décrivent diverses caractéristiques qui s'appliquent à l'ensemble des services médicaux regroupés dans une facture, par exemple *Remplaçant au cours d'une anesthésie* ou *Déplacement pour prélèvement d'organes*. Les éléments de contexte généraux se situent au niveau de la facture.

Éléments de contexte du service

Ces éléments sont en lien avec le service rendu, par exemple *Fracture ouverte*, ou en lien avec diverses caractéristiques relatives au procédé utilisé, par exemple *Injection de phénol ou d'alcool*. Les éléments de contexte du service se situent au niveau de la ligne de facture.

La [liste des éléments de contexte](#) peut être consultée à l'annexe I.

5.2.2 Lieu de dispensation

Le lieu de dispensation est habituellement l'endroit où le médecin rend un service.

Cependant, certaines situations spécifiques de l'Entente prévoient que le médecin doit indiquer un lieu différent de celui où il rend le service.

Il y a deux types de lieux de dispensation :

1^{er} type : Les lieux codifiés et reconnus par la Régie, dits *lieux physiques*, qui regroupent les établissements de santé du Québec et hors du Québec, les cabinets, les centres de détention, les instituts et centres hospitaliers universitaires, etc.

Codification des lieux de dispensation

Catégorie d'établissement	Numéro	Description
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	0XXX3	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	0XXX4	Unité ou centre d'hébergement
	1XXX5	Hébergement public
	2XXX5	Hébergement privé
Centres de réadaptation	1XXX3	Centre de réadaptation physique
	4XXX9	Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation
Centres locaux de services communautaires	9XXX2	CLSC
	8XXX5	Point de service de certains CLSC
Organismes fédéraux	5XXX9	Autres que prisons
Centres de détention	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
Centres intégrés de santé et de services sociaux	944XX	CISSS
Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux	944XX	CIUSSS
Laboratoires de radiologie diagnostique	31XXX	Radiologie générale
	32XXX	Radiologie spécifique exploitée par un médecin spécialiste autre que radiologiste
	33XXX	Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien
Physiatrie	34XXX	Clinique de physiothérapie
		Cabinet de physiatrie
Cliniques privées	51XX2	Clinique médicale
Cabinets d'optométrie	52XXX	Clinique optométrique

	53XXX	
Cliniques (autres)	54XXX	Groupe de médecine familiale (GMF) ou clinique réseau
	55XXX	Groupe de médecine familiale (GMF) ou
	57XXX	clinique réseau ou clinique médicale
	56XXX	Lettre d'entente n° 57
Centres hospitaliers hors du Québec		
Terre-Neuve-et-Labrador	09009	
Nouvelle-Écosse	09019	
Île-du-Prince-Édouard	09029	
Nouveau-Brunswick	09039	
Ontario	09049	
Manitoba	09059	
Alberta	09069	
Colombie-Britannique	09089	
Territoires du Nord-Ouest	09099	
Yukon	09109	
Nunavut	09139	
Codifié hors Québec	0XXX9	

2^e type : Les lieux non codifiés, dits *géographiques*. Comme ces lieux n'ont pas de code reconnu par la Régie, il est requis de fournir un code de localité ou un code postal. De plus, l'emplacement de ce lieu doit être précisé :

- Cabinet;
- Domicile de la personne assurée;
- Autre.

Pour les lieux non codifiés **hors du Québec**, seulement les codes de localité sont acceptés.

La [liste des localités](#) est accessible sur le site de la Régie.

5.2.3 Lieu en référence

Le lieu en référence est un lieu différent du lieu de dispensation. Certaines modalités de l'Entente prévoient que l'identification de ce lieu est nécessaire pour apprécier le service. Dans ces situations le médecin doit préciser le lieu en référence sur sa ligne de facture. Les avis administratifs indiquent les situations où un lieu en référence est nécessaire.

Le lieu en référence, tout comme le lieu de dispensation, peut être soit codifié (physique), soit non codifié (géographique).

5.2.4 Situations où le lieu en référence doit être utilisé et les informations à fournir

Important : Veuillez-vous référer aux avis administratifs pour les situations où un lieu en référence est nécessaire et pour les informations à transmettre dans ces situations.

- 1- Situation où le médecin effectue un service dans un lieu différent de celui où il possède une nomination selon le mode de rémunération.

Information à fournir :

a) Le lieu de dispensation à inscrire est l'établissement auprès duquel le médecin détient une nomination;

b) Puisque pour cette situation le lieu n'est pas celui où le service est rendu, le médecin indique la précision du lieu de dispensation qui le concerne soit :

- Témoignage au tribunal;
- Médecin communautaire (LE 160);
- Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail;
- Visite ou consultation en gériatrie effectuée dans un établissement différent du lieu habituel de pratique.

c) Le lieu en référence à inscrire sur la ligne de la facture est le lieu où le médecin a réellement rendu le service, soit le *Lieu où est rendu le service par le professionnel*.

- 2- Situations où il est requis de fournir un deuxième lieu (lieu en référence). Les avis administratifs précisent les situations où un lieu en référence est nécessaire.

Information à fournir :

a) Le lieu de dispensation à inscrire est l'établissement où le service est rendu;

b) Le médecin doit aussi préciser la situation pour laquelle un lieu en référence est nécessaire soit :

- Lieu pour lequel la garde à distance est effectuée (LE 128);
- Lieu duquel origine la consultation à distance;
- Université affiliée;
- Lieu où se trouve le patient (télémédecine);
- Territoire pour garde en disponibilité pour les autopsies à la demande du coroner (LE 171);
- Lieu où la technique a été effectuée (radiologie);

- Autre lieu pour lequel des activités de soutien sur place ont été effectuées (Annexe 42);
- Établissements pris en charge lors d'une garde multi-établissements (Annexe 25);
- Territoire suprarégional pris en charge lors d'une garde en disponibilité en télétrombolyse;
- Lieu de départ pour le service rendu à domicile.

c) Le lieu en référence à inscrire sur la ligne de facture est le lieu que la Régie doit considérer pour l'évaluation de la ligne de facture visée.

5.2.5 Secteurs d'activité

En fonction de l'Entente, des modalités particulières de rémunération sont associées à des secteurs d'activité précis. Le cas échéant, il est important de spécifier le secteur lors de la création d'une facture.

5.2.6 Secteurs d'activité d'un centre hospitalier

En centre hospitalier, le secteur d'activité dans lequel les services sont rendus doit **obligatoirement** être spécifié.

Liste des secteurs d'activité en centre hospitalier
Centre de douleur chronique
Centre des grands brûlés
Clinique d'urgence
Clinique externe
Section gériatrique
Section psychiatrique
Unité coronarienne
Unité d'hépatologie
Unité de médecine familiale
Unité de réadaptation lourde
Unité de soins de néonatalogie
Unité de soins généraux et spécialisés
Unité de soins intensifs
Unité de soins de longue durée (hébergement)
Unité de soins de longue durée (prolongés)

5.2.7 Heure de début du service

Certaines situations exigent que **l'heure de début du service soit indiquée pour calculer la durée ou pour la validation d'un service**. Son absence entraîne le refus de paiement du service.

Dans d'autres situations, l'absence de l'heure du service empêche l'application de certaines majorations, mais n'empêche pas le paiement du tarif de base. Dans ces situations, le service sera payé mais le médecin spécialiste ne pourra bénéficier d'une majoration applicable. Il en est ainsi notamment pour le paiement des majorations d'honoraires applicables en urgence.

Mis à part les situations où l'heure exacte de début et de fin d'un service est demandée dans un avis administratif, l'heure peut être inscrite en choisissant l'une des options suivantes :

- Choix 1 : L'heure de début de la plage prévue à l'Entente ou toute autre heure incluse dans la plage prévue à l'Entente.
- Choix 2 : L'heure de début du service rendu.

Situation où l'heure de début ou de fin du service est nécessaire :

- Pour le médecin visé par le mode de rémunération mixte, l'heure de début du service est obligatoire et elle doit être indiquée en tout temps;

Rémunération mixte		
Situation	Choix 1	Choix 2
Le service est rendu à 14 h 20, donc à l'intérieur de la plage horaire débutant à 12 h.	Heure de début de la plage pendant laquelle le service a été rendu = 12:00 et 12:59 ou une autre plage entre 12:00 et 16:59	Heure de début du service = 14:00 à 14:59

Plages horaires

Pour connaître les plages horaires, veuillez vous référer à l'article 3 de l'Annexe 38 ou, pour la médecine d'urgence, à l'article 2.3 de l'Annexe 40, dans la *Brochure n° 5*.

Anesthésiologie (rôle 1)

Il est à noter que la règle 12 de l'Addendum 8, dans le *Manuel des des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, contient des plages horaires différentes de celles mentionnées dans la *Brochure n° 5* (rémunération mixte).

- Pour la facturation d'un service rendu en rôle 2 ou 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée;

Anesthésiologie (rôle 2 ou 3)		
Situation	Choix 1	Choix 2
Service rendu de 8 h 15 à 13 h 15	Un seul choix possible, soit inscrire les heures précises de début et de fin du service. Heure de début du service : 8:15 Heure de fin du service : 13:15	

Majoration d'urgence		
Situation	Choix 1	Choix 2
Majoration d'honoraires de 150 % pour les soins d'urgence entre 00 h 00 (minuit) et 7 h (règle 14.2 du Préambule général) Service rendu à 4 h	Heure de début de la plage pendant laquelle le service a été rendu = 0:00 à 0:59 ou Une autre plage entre 00:00 et 06:59	Heure de début du service = 4:00 à 4:59

5.2.8 Forfaits

Le médecin spécialiste a droit à certains forfaits prévus à l'Entente.

Pour réclamer un ou des forfaits, le médecin spécialiste doit inscrire le code de facturation approprié à la section *Code de facturation*.

Lorsque la réclamation d'un forfait n'est pas en lien avec un patient, le médecin spécialiste doit l'indiquer à l'endroit prévu à cet effet et, dans ce cas, aucun NAM ne doit être inscrit.

5.2.9 Traitement collectif

Lorsqu'un acte est un traitement collectif fourni à plus d'une personne assurée (ex. : thérapie de groupe ou familiale), tous les numéros d'assurance maladie des personnes assurées visées doivent être inscrits à la section *Numéro d'assurance maladie*.

5.2.10 Séance

Une séance est une période de temps consacrée à un patient, que ce soit lors d'une visite, d'une anesthésie, d'une activité de chirurgie ou d'un procédé diagnostique thérapeutique (PDT).

Afin de bien appliquer les dispositions de l'Entente et de fournir un montant préliminaire juste, la Régie doit être en mesure d'identifier tous les actes effectués lors de la séance. Il est donc important de connaître et de suivre la règle générale et les particularités relatives à la facturation des séances.

Règle générale

Tout ce qui est effectué lors d'une même séance doit être facturé sur une seule et même facture. S'il y a un changement en lien avec cette séance, la facture initiale doit être modifiée.

Particularités lorsqu'il y a plusieurs séances la même journée et qu'une de ces séances inclut des chirurgies, des procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) ou les deux :

- Une facture peut contenir un **maximum** de deux séances;
- L'élément de contexte *Séance différente* doit être utilisé pour tous les actes de la deuxième séance;
- Si plus de deux séances sont effectuées la même journée, chacune des séances subséquentes nécessite l'utilisation d'une nouvelle facture et l'ajout de l'élément de contexte *Séance différentes* pour tous les actes effectués.

Particularités pour la facturation des visites :

- Lorsqu'uniquement des visites sont facturées, qu'elles aient été effectuées la même journée ou des journées différentes, il est possible de les indiquer sur une même facture;

- Si plusieurs visites sont effectuées pour un même patient, la même journée et dans un même lieu, l'élément de contexte *Séance différente* doit être utilisé pour toutes les visites subséquentes, que ces visites soient ou non sur des factures différentes.

La [liste des éléments de contexte liés aux séances](#) peut être consultée à l'annexe II.

5.2.11 Actes non tarifés

Certains actes ne sont pas tarifés dans l'Entente. Pour facturer ces actes, le médecin spécialiste doit utiliser le code de facturation **09990** et expédier sa demande dans les 90 jours suivant la prestation du service. Lorsque le code **09990** est utilisé, il doit figurer seul, sur une facture.

À la réception d'une telle demande, la Régie envoie une correspondance au médecin spécialiste pour obtenir les pièces justificatives et les renseignements sur la nature de l'intervention qu'il a accompli. Un code à barres figure sur cette correspondance, et le médecin spécialiste doit joindre ce code à barres à l'envoi des pièces justificatives. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

Par la suite, la Régie s'assure de la conformité de la demande et fait suivre le tout aux parties négociantes pour évaluation.

En attendant la décision des parties, le médecin spécialiste reçoit par messagerie sécurisée, ou par la poste, un code de référence pour situations spéciales pour les prochaines facturations de cet acte non tarifé. La Régie, quant à elle, inscrit ce code sur la première facture du médecin spécialiste.

Par la suite, si le médecin spécialiste répète l'acte non tarifé, il facturera avec le code **09990** (toujours seul sur une facture) et le code de référence pour situations spéciales. À ce moment, la Régie ne lui demandera pas de pièces justificatives à nouveau.

Lorsque cet acte est tarifé à la suite d'une entente entre les parties, la Régie octroie un code de facturation. Une rectification massive est réalisée par la Régie pour toutes les factures ayant un code **09990** et le code de référence pour situation spéciale correspondant à ce nouveau code de facturation. Le médecin spécialiste est alors payé de façon rétroactive.

5.2.12 Honoraires additionnels

Conformément à la règle 16 du préambule général de l'Entente des médecins spécialistes, une prestation de soins dont la complexité est inhabituelle ou rendue dans des circonstances hors de l'ordinaire donne droit au paiement d'honoraires additionnels.

Des renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles justifiant ces honoraires majorés doivent être fournis.

Pour demander des honoraires additionnels, le médecin spécialiste doit choisir, sur sa facture, l'élément de contexte *Service médical dont la complexité est inhabituelle* à la ligne de facture. Même si une facture peut contenir plusieurs lignes de facture, l'élément de contexte *Service médical dont la complexité est inhabituelle* et le code de facturation lié à ce service doivent figurer seuls sur une ligne de facture.

La Régie traite les demandes d'honoraires additionnels en deux temps. Dans un premier temps, elle évalue la facture en appliquant le tarif négocié à l'Entente. Dans un deuxième temps, elle envoie au médecin spécialiste une correspondance lui demandant de fournir les pièces justificatives ainsi que le montant supplémentaire qu'elle juge approprié. Un code à barres figure sur cette correspondance, et le médecin spécialiste doit joindre ce code à barres à l'envoi des pièces justificatives. Le code à barres permet d'établir le lien entre les pièces justificatives et la facture à l'origine de la correspondance.

À la réception des pièces justificatives et du montant d'honoraires additionnels demandé, la Régie apprécie l'éligibilité de la demande. En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

5.3 Description des champs de la facture de services médicaux

Section 1 : Informations concernant le lieu de dispensation

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Lieu de dispensation	Lieu où les services sont rendus.	Inscrire le lieu de dispensation. Voir la section 5.2.2 Lieu de dispensation du présent guide.
Précision du lieu de dispensation codifié	Précision supplémentaire sur le lieu de dispensation. Cette précision est requise lorsque le médecin effectue un service dans un lieu différent de celui où il possède une nomination selon le mode de rémunération.	Identifier la précision du lieu de dispensation lorsque requise (ex. : Témoignage au tribunal).
Secteur d'activité d'un établissement	Identification du secteur d'activité de l'établissement où les services sont rendus.	Inscrire le secteur d'activité. Voir la section 5.2.4 Secteurs d'activité d'un centre hospitalier .

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Précision du secteur d'activité	<p>Précision à l'égard d'un secteur d'activité, si requis.</p> <p>Salle d'opération : Préambule général A - Règles 24, 25, 27 et 30</p> <p>Chevet du patient : Addendum 8 - Règle 10</p>	<p>Inscrire la caractéristique supplémentaire du secteur d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • salle d'opération; • chevet du patient.
Lieu de dispensation non codifié	Lieu où les services sont rendus.	Inscrire le code postal ou le code de localité du lieu de dispensation.
Type de lieu de dispensation non codifié	Uniquement pour les lieux de dispensation non codifiés.	Indiquer si le lieu de dispensation est un cabinet, un domicile ou autre.
Précision du lieu de dispensation non codifié	Précision supplémentaire sur le lieu de dispensation. Lorsqu'il s'agit d'un local sous gestion du gouvernement ou d'un organisme qu'elle subventionne; autre qu'un centre hospitalier, un centre d'accueil ou un CLSC. Cette appellation vise, entre autres, les écoles et les foyers d'hébergement.	Identifier si le lieu de dispensation est un local sous gestion du gouvernement.

Section 2 : Informations concernant le patient qui reçoit des services médicaux

Titres des champs	Description	Informations à fournir
NAM	Numéro d'assurance maladie Certaines situations n'exigent pas l'inscription du NAM. C'est le cas, entre autres, du médecin qui demande des forfaits qui ne sont pas associés à un patient.	Inscrire le NAM du patient. Si l'acte effectué est un traitement collectif, inscrire le NAM de chaque patient.
Identité	Ces informations sont requises uniquement lorsque le NAM est absent. Le médecin doit indiquer la circonstance pour laquelle il facture pour une personne sans NAM. Ces circonstances sont décrites à la section 2.4.	<ul style="list-style-type: none"> • Nom • Prénom • Date de naissance • Sexe • Adresse
Ordre des naissances	Lorsqu'il y a des naissances multiples, spécifier l'ordre des naissances.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Premier bébé 2. Deuxième bébé et ainsi de suite
Personne répondante	Uniquement pour un enfant de moins d'un an qui n'a pas de NAM.	Inscrire le NAM de la mère ou du père, lorsque connu, sinon, inscrire le nom, le prénom et le sexe de la personne répondante.
Code de diagnostic médical	Système de classification CIM- 9	Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.
IMC	Dans certains cas, la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC) du patient est requise.	Inscrire l'IMC si requis.
Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail	La date de l'accident ou de l'événement ou, dans le cas du retrait préventif, la date à laquelle le médecin a rempli le formulaire recommandant le retrait préventif.	<p>Inscrire la date de l'accident ou de l'événement.</p> <p>Si un autre acte n'ayant pas de lien avec la santé et la sécurité du travail est inscrit sur la même facture, utiliser l'élément de contexte <i>Service non lié à la santé et à la sécurité du travail.</i></p>

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Date des dernières menstruations	La date des dernières menstruations, pour les actes en obstétrique – gynécologie.	Inscrire la date des dernières menstruations, si requis.
Période d'hospitalisation	La date d'entrée et la date de sortie du patient de l'établissement.	Inscrire la date d'entrée et la date de sortie, s'il y a lieu.
Numéro d'autorisation	Numéro associé à une demande d'autorisation d'une intervention qui, selon l'Entente, requiert une autorisation préalable.	Inscrire le numéro d'autorisation fournit par la Régie.

Section 3 : Informations concernant une personne autre qu'un patient

Une personne autre n'est pas considérée comme un patient, mais elle bénéficie d'un service autre que médical (ex. : formation) payable par la Régie.

Le médecin spécialiste qui réalise des activités de formation et de supervision médicale dans les milieux reconnus est rémunéré pour ces activités. Sur la *Facture de frais médicaux*, il doit indiquer le type de stagiaire supervisé et l'identifier. L'identification se fait par le numéro de l'ordre professionnel auquel la personne appartient. Lorsqu'il s'agit d'une conseillère ou d'un conseiller en génétique, l'identification se fait par le nom et le prénom.

Type de personne autre qu'un patient	Identification requise (Voir la section du guide <u>Numéros attribués par la Régie aux professionnels et aux dispensateurs</u>)
Dentiste résident en chirurgie buccale et maxillo-faciale	Numéro de dentiste résident attribué par l'Ordre des dentistes du Québec
Étudiante en pratique de sage-femme	Numéro d'étudiante attribué par l'Ordre des sages-femmes du Québec
Externe (étudiant)	Numéro d'étudiant attribué par le Collège des médecins du Québec : numéro débutant par la lettre E, en majuscule, suivie de huit chiffres (E12345678)
Infirmière praticienne spécialisée	Numéro d'étudiante attribué par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Moniteur clinique	Numéro du Collège des médecins du Québec : numéro débutant par le chiffre 5 suivi de cinq chiffres (5XXXXX)

Résident	Numéro du Collège des médecins du Québec : Numéro débutant par le chiffre 5 suivi de cinq chiffres (5XXXXX)
Conseillère ou conseiller en génétique	<ul style="list-style-type: none"> Nom Prénom

Section 4 : Autres informations applicables à l'ensemble de la facture

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Date et heure de début de la période de travail	Le médecin spécialiste en médecine d'urgence doit fournir la date et l'heure de début de son quart de travail. Addendum 11 – Règle 8.	Inscrire la date et l'heure de début de la période de travail.
Date et heure de début de l'intervention commencée par un autre professionnel	Le médecin remplaçant en rôle 2 ou 3 doit indiquer la date et l'heure de début de l'intervention qui a été commencée par un autre professionnel en rôle 2 ou 3.	Inscrire la date et l'heure de début de l'intervention commencée par un autre professionnel.
Éléments de contexte généraux	Contexte général dans lequel a eu lieu une rencontre entre un médecin et son patient.	Inscrire le ou les éléments de contexte.
Demande de remboursement d'une personne assurée	Indique si la facture (relevé d'honoraires) est liée à une demande de remboursement d'une personne assurée.	Indiquer si la facture (relevé d'honoraires) est liée à une demande de remboursement d'une personne assurée.

Section 5 : Informations concernant la ligne de facture du service médical

Une ligne de facture contient des informations en lien avec le service rendu pour lequel un paiement est demandé.

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Rôle	Le rôle renvoie à la fonction assumée par le médecin lors de la dispensation du service.	Inscrire le numéro du rôle La liste des rôles est disponible à l'annexe III.
Date du service	Date à laquelle le service a été rendu. Particularité : En rôle 2 ou 3, une date de fin doit de plus être inscrite.	Inscrire la date.
Heure du service	Heure à laquelle un service a été rendu. Particularité : En rôle 2 ou 3, l'heure de fin doit de plus être inscrite.	Inscrire l'heure de début du service.
Code de facturation	Code associé à un acte médical, à un service ou à des frais qui sont facturés.	Inscrire le code de facturation.
Code de référence pour situations spéciales	Code attribué par la Régie à un acte non tarifé qui a déjà été facturé par le médecin.	Inscrire le code de référence pour situations spéciales.
Éléments de contexte du service	Éléments en lien avec le contexte dans lequel le service a été rendu.	Inscrire le ou les éléments de contexte.
Élément mesurable	Si l'élément facturé nécessite de fournir des éléments de mesure, ceux-ci sont fournis en fonction de ce qui est mesuré.	Inscrire soit : <ul style="list-style-type: none">• la mesure (ex. : longueur en cm d'une plaie ouverte);• le nombre (ex. : nombre de polypes);• la durée (ex. : durée d'un examen – 45 minutes).
Situation liée au lieu en référence	Permet d'identifier la situation liée au lieu en référence lorsqu'un lieu en référence est requis.	Indiquer la situation du lieu en référence qui s'applique (ex. : Université affiliée).

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Lieu en référence codifié	Le lieu en référence est un lieu différent du lieu présent sur la facture, mais dont l'information est nécessaire pour apprécier le service.	Inscrire le code du lieu en référence.
Lieu en référence non codifié	Lieu différent du lieu présent sur la facture mais dont l'information est nécessaire pour apprécier le service.	Choisir selon le cas : <ul style="list-style-type: none"> • Le territoire désigné à la <i>Lettre d'entente n° 171</i>; • Le territoire suprarégional pris en charge lors d'une garde en disponibilité en télétrombolyse; • Inscrire le code postal ou le code de localité du lieu en référence.
Type de lieu en référence non codifié	Permet de préciser s'il s'agit d'un domicile, d'un cabinet ou autre.	Choisir le type de lieu en référence non codifié : <ul style="list-style-type: none"> • domicile; • cabinet; • autre.
Référence à un autre professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnel qui a référé le patient; • Professionnel assumant les soins post-opératoires et la chirurgie. 	<p>Inscrire le numéro RAMQ à 6 chiffres du professionnel. Particularités pour les pharmaciennes et pharmaciens et les infirmières et infirmiers : les numéros RAMQ à inscrire débutent par 4XXXXX et 8XXXXX.</p> <p>Pour ces professions ou pour toute autre profession, lorsque le numéro n'est pas disponible, inscrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le nom et le prénom;

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Hors du Québec		<ul style="list-style-type: none"> le type de profession. <p>Lorsque le type de profession n'est pas présent, inscrire le type de profession <i>Autres</i>.</p> <p>Pour un professionnel inscrit à la Régie, mais hors du Québec, inscrire le numéro du professionnel, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6XXXXX pour un médecin; - 8XXXXX (sauf 81XXXX) pour un optométriste; - 7XXXXX (sauf 74XXXX) pour un dentiste. <p>Si le professionnel ne détient pas de numéro à la Régie, inscrire:</p> <ul style="list-style-type: none"> le nom et le prénom; le type de profession.
Date et heure de la demande de consultation	La date et l'heure de la demande de consultation doivent être inscrites lorsque le médecin spécialiste rencontre un patient référé par un médecin omnipraticien ou un médecin spécialiste.	Inscrire la date et l'heure de la demande de consultation si requises.
Code OMIM	Code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) Code de toutes maladies connues qui relèvent de l'un ou l'autre composant génétique et si possible les relient à des gènes adéquats au sein du génome humain.	Inscrire le code OMIM si requis.

Titres des champs	Description	Informations à fournir
Montant perçu	Montant perçu par le médecin à la personne assurée pour un service couvert rendu lorsque celle-ci ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou que sa carte est expirée.	Inscrire le montant perçu au patient pour chaque service couvert rendu. La somme des montants inscrits sur chacune des lignes du relevé d'honoraires (facture liée à la demande de remboursement) doit correspondre au montant perçu de la demande de remboursement.

5.4 Recevabilité des factures

5.4.1 Facture recevable

La recevabilité porte sur la qualité du contenu d'une facture afin de s'assurer qu'elle est dûment remplie pour l'appréciation par la Régie. En cas d'erreur, le demandeur doit apporter les modifications requises et transmettre une nouvelle facture.

Une facture est considérée recevable lorsque les informations qui y sont consignées sont valides (ex. : type de facture, NAM, etc.) et lorsque toutes les lignes de la facture (ex. : date du service, code de facturation, etc.) sont recevables.

Pour chaque facture, la Régie vérifie la validité des renseignements inscrits (ex. : numéro du professionnel, NAM, lieu de dispensation, etc.).

Pour chaque ligne de facture, la Régie vérifie également la cohérence des renseignements.

Lorsqu'une facture est recevable, la Régie envoie au médecin spécialiste, ou à son mandataire, le numéro de facture RAMQ et le numéro de facture externe pour qu'il puisse apparier les renseignements avec la facture correspondante dans son système.

C'est le numéro de facture RAMQ qui doit être ensuite utilisé pour toute communication avec la Régie en lien avec cette facture.

5.4.2 Facture non recevable

Si au moins une des lignes de facture est considérée comme non recevable, la facture au complet est jugée non recevable et ne sera pas traitée par la Régie.

Lorsqu'une facture est non recevable, la Régie envoie au médecin spécialiste, ou à son mandataire, le numéro de facture externe ainsi qu'un message explicatif pour qu'il puisse corriger les renseignements erronés et transmettre une nouvelle facture.

IMPORTANT : Si une facture est non recevable, aucun numéro de facture RAMQ ne lui est attribué et la facture ne paraît pas à l'état de compte.

5.4.3 Calcul du montant préliminaire

Lorsqu'une facture est recevable, la Régie détermine un montant préliminaire pour chaque ligne de facture. Ce montant est dit *préliminaire*, puisque les contrôles prévus pour l'évaluation de la facture dans son contexte et selon l'Entente n'ont pas tous été appliqués. Il est donc possible que le montant payé à l'état de compte soit différent du montant préliminaire retourné au médecin spécialiste. Des messages explicatifs s'ajoutent à l'état de compte pour expliquer les écarts.

À l'annexe IV, les tableaux [Exemples de calcul du montant préliminaire](#) expliquent la ou les règles de calcul.

6 Facture de frais de déplacement

IMPORTANT : Cette section sera bonifiée dans une version ultérieure.

6.1 Frais de déplacement

Une facture de frais de déplacement consiste en la demande de remboursement des frais de déplacement par un médecin spécialiste en lien avec des services couverts rendus et prévus à son entente.

Une facture de frais de déplacement contient les renseignements concernant :

- le médecin qui fait la demande;
- les frais de transport;
- le temps de déplacement;
- le forfait de déplacement.

Important : Le remboursement des frais de déplacement peut être versé seulement dans un compte personnel et dans un compte administratif individuel.

6.2 Pièces justificatives liées aux frais de déplacement

La Régie peut demander des pièces justificatives liées aux frais de déplacement pour évaluer correctement sa facturation. Bien que les pièces justificatives ne soient pas exigées d'emblée, le médecin spécialiste **doit les conserver pendant cinq (5) ans** au cas où elles lui seraient demandées.

6.3 Facturation des frais de déplacement

Pour facturer des frais de déplacement, le médecin spécialiste doit indiquer le ou les types de frais de déplacement pour lesquels il demande le paiement. Selon le type, différentes informations sont demandées.

Le tableau *Types de frais de déplacement et informations à fournir* résume de façon générale les informations demandées pour des frais de déplacement.

Types de frais de déplacement et informations à fournir

	Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Date de départ (heure)	Date d'arrivée (heure)	Code de facturation	Moyen de transport	Types de frais	N ^b re de km aller	Montant par frais	N ^b re d'heures de déplacement	N ^b re d'heures de temps d'attente
Frais de transport	X	X	X	X	09991	Autobus			X		
						Taxi			X		
						Train			X		
						Traversier			X		
						Véhicule loué	Location de véhicule		X		
							Essence		X		
						Véhicule personnel		X			
							Stationnement		X		
						Vol commercial			X		
						Vol personnel			X		
						Vol nolisé			X		
Si plusieurs moyens de transport sont utilisés lors d'un même déplacement, autant de lignes de facture que de moyens de transport utilisés doivent être créées.											
Frais de temps de déplacement	X	X	X	X	09992 Inscrire l'élément de contexte Déplacement pour prélèvement d'organe si requis	Autobus				X	
						Covoiturage		X			
						Taxi				X	
						Train				X	
						Traversier				X	X
						Véhicule loué		X			
						Véhicule personnel		X			
						Vol commercial				X	X
						Vol personnel				X	
						Vol nolisé				X	
						Si plusieurs moyens de transport génèrent du temps de déplacement ou de l'attente pour le médecin, autant de lignes doivent être créées.					

6.4 Particularités de facturation des frais de déplacement

Pour facturer des frais de déplacement, la règle de base est d'inscrire obligatoirement le lieu de départ (domicile, établissement) et le lieu d'arrivée (lieu où les services sont rendus), et ce, peu importe si ce sont des frais de transport ou des frais de temps de déplacement qui sont facturés.

Frais de transport

Lorsque le médecin facture des frais de transport, il doit facturer ses segments de déplacement sur des factures différentes. Par exemple, pour un médecin faisant le trajet Montréal – Rouyn-Noranda – Montréal doit facturer le segment Montréal – Rouyn-Noranda (aller) sur une facture et l'autre segment, Rouyn-Noranda – Montréal (retour), sur une autre facture. Voir l'exemple 1, *Frais de déplacement dans le cadre du mécanisme de dépannage – Véhicule personnel* au chapitre 6.5 du présent guide.

Lorsqu'en plus du véhicule personnel un autre moyen de transport tel que l'avion ou le train est utilisé, le médecin doit facturer également sur deux factures différentes. Voir l'exemple 2, *Frais de déplacement dans le cadre du mécanisme de dépannage – Véhicule personnel et avion* au chapitre 6.5 du présent guide. Pour les frais de transport, si le coût du billet inclut l'aller et le retour, une seule facture doit être utilisée pour ces frais seulement.

Pour le véhicule personnel, l'indemnité octroyée est de 0,43 \$ par kilomètre pour l'aller et de 0,43 \$ par kilomètre pour le retour. Dans tous les cas, **le nombre de kilomètres doit être indiqué à la section *Nombre de km à l'aller*, et ce, même s'il s'agit d'un retour.**

Temps de déplacement

Lorsque le médecin facture du temps de déplacement, celui-ci est également remboursable selon le moyen de transport utilisé (voir les colonnes *Nbre de km aller* ou *Nbre d'heures de déplacement*, selon la situation, du tableau *Types de frais de déplacement et informations à fournir*).

L'indemnité pour le temps de déplacement est accordée jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.

- Pour le véhicule personnel, le véhicule loué ou le covoiturage :
 - Aller : Le nombre de kilomètres doit être indiqué à la section *Nombre de km à l'aller*.
 - Retour : Le nombre de kilomètres doit être indiqué à la section *Nombre de km à l'aller*.

Le système utilise ce nombre pour calculer le temps de déplacement selon la formule suivante :

Kilométrage divisé par 80 km/h et multiplié par le taux de l'indemnité horaire en vigueur.

- Pour l'autobus, le taxi, le train, le traversier, le vol commercial, le vol personnel et le vol nolisé :

Inscrire le nombre d'heures de déplacement.

*Pour le taxi, calculer le nombre d'heures de déplacement selon la formule mentionnée ci-haut.

Lorsqu'un billet de transport par exemple un billet d'avion, de traversier, d'autobus etc., est facturé en totalité à l'aller, au retour le temps de déplacement peut être facturé seul en inscrivant l'élément de contexte ***Demande de remboursement des frais de transport déjà transmise.***

Temps d'attente imprévu

Une indemnité d'un maximum de 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) est accordée pour son temps d'attente au médecin qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné pour un temps d'attente imprévu (par exemple une intempérie ou un retard de vol). Lors de la facturation, le médecin doit inscrire l'élément de contexte ***Temps d'attente imprévu.***

Forfait de déplacement

Comme il est indiqué dans les lettres d'entente A-50 et A-53 de l'annexe 11.B de la *Brochure 1* des médecins spécialistes, certains médecins peuvent facturer un forfait de déplacement. Dans ces situations, les codes de facturation à utiliser sont : **19897, 19898 et 19899**. Le médecin spécialiste voulant connaître les modalités de facturation de ces forfaits doit consulter les avis administratifs inclus dans les deux lettres d'entente.

6.5 Exemples de facturation des frais de déplacement

Exemple 1 : Frais de déplacement dans le cadre d'un remplacement en territoire désigné

Véhicule personnel

Remplacement du 2016-04-02 au 2016-04-07 à l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé n° 03283. Le lieu de départ est Québec n° 62014 et le lieu d'arrivée est l'hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé n° 03283. Pour l'aller, la date et l'heure de départ est le 2016-04-02 à 6 h et l'arrivée est à 17 h. Pour le retour, la date et l'heure de départ est le 2016-04-07 à 7 h et

l'arrivée est à 18 h. Le kilométrage est de 694 km pour l'aller et de 694 km pour le retour.

1^{re} facture : Véhicule personnel (aller)	
Frais de transport	
1 ^{re} ligne : Véhicule personnel (aller)	
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-04-02 • Code de facturation : 09991 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 694 • Montant préliminaire de la 1^{re} ligne : 298,42 \$ 	
Temps de déplacement	
2 ^e ligne : Véhicule personnel (aller)	
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-04-02 • Code de facturation : 09992 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 694 • Montant préliminaire de la 2^e ligne : 945,58 \$ 	
Informations applicables à l'ensemble de la facture	
➤	Lieu de départ <ul style="list-style-type: none"> • Date : 2016-04-02 • Heure : 6 h • Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 62014
➤	Lieu d'arrivée <ul style="list-style-type: none"> • Date : 2016-04-02 • Heure : 17 h • Type de lieu : Lieu codifié à la Régie n° 03283
Montant préliminaire de la 1^{re} facture : 1244,00 \$	

2^e facture : Véhicule personnel (retour)	
Frais de transport	
1^{re} ligne : Véhicule personnel (retour)	
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-04-07 • Code de facturation : 09991 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 694 • Montant préliminaire de la 1^{re} ligne : 298,42 \$ 	
Temps de déplacement	
2^e ligne : Véhicule personnel (retour)	
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-04-07 • Code de facturation : 09992 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 694 • Montant préliminaire de la 2^e ligne : 945,58 \$ 	
Informations applicables à l'ensemble de la facture	
<p>➤ Lieu de départ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date : 2016-04-07 • Heure : 7 h • Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 03283 <p>➤ Lieu d'arrivée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date : 2016-04-07 • Heure : 18 h • Type de lieu : Lieu codifié à la Régie 62014 	
Montant préliminaire de la 2^e facture : 1244,00 \$	
Montant préliminaire pour les 2 factures : 2488,00 \$	

Exemple 2 Frais de déplacement dans le cadre d'un remplacement en territoire désigné

Avion et véhicule personnel

Remplacement du 2016-03-02 au 2016-03-06 à l'Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Iles n° 02693. Le lieu de départ est Montmagny n° 61417 et le lieu d'arrivée est à l'Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles n° 02693. Pour l'aller, la date et l'heure de départ est le 2016-03-02 à 6 h et l'arrivée est à 11 h. Pour le retour, la date et l'heure de départ est le 2016-03-06 à 7 h et l'arrivée est à 12 h.

Moyen de transport :

Véhicule personnel : Le kilométrage est de 80 km pour l'aller et de 80 km pour le retour.
Stationnement à l'aéroport : 50 \$

Avion : Le billet d'avion est d'un coût de 857 \$. Le temps de vol à l'aller est de 2 h et le temps d'attente est de 1 h. Le temps de vol au retour est de 2 h et le temps d'attente est de 1 h.

1 ^{er} facture :
Frais de transport
1 ^{re} ligne : Véhicule personnel (aller)
<ul style="list-style-type: none">• Date de service : 2016-03-02• Code de facturation : 09991• Moyen de transport : Véhicule personnel• Kilométrage à l'aller : 80• Stationnement : 50 \$• Montant préliminaire de 1^{re} ligne : 84,40 \$
2 ^e ligne : Avion (aller-retour)
<ul style="list-style-type: none">• Date de service : 2016-03-02• Code de facturation : 09991• Moyen de transport : Vol commercial• Frais généraux : 857 \$
Temps de déplacement
3 ^e ligne : Véhicule personnel (aller)

<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-03-02 • Code de facturation : 09992 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 80 • Montant préliminaire de la 3^e ligne : 109,00 \$
4^e ligne : Avion (aller)
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-03-02 • Code de facturation : 09992 • Moyen de transport : Vol commercial • Nombre d'heures en déplacement : 2 heures • Nombre d'heures en attente : 1 heure • Montant préliminaire de la 4^e ligne : 327,00 \$
Informations applicables à l'ensemble de la facture
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lieu de départ <ul style="list-style-type: none"> • Date : 2016-03-02 • Heure : 6 h • Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 61417 ➤ Lieu d'arrivée <ul style="list-style-type: none"> • Date : 2016-03-02 • Heure : 11 h • Type de lieu : Lieu codifié à la Régie 02693
Montant préliminaire de la 1^{re} facture : 1377,40 \$

2^e facture :
Frais de transport
1^{re} ligne : Véhicule personnel (retour)
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-03-06

<ul style="list-style-type: none"> • Code de facturation : 09991 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 80 • Montant préliminaire de la 1^{re} ligne : 34,40 \$
Temps de déplacement 2 ^e ligne : Véhicule personnel (retour)
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-03-06 • Code de facturation : 09992 • Moyen de transport : Véhicule personnel • Kilométrage à l'aller : 80 • Montant préliminaire de la 2^e ligne : 109,00 \$
3 ^e ligne : Avion (retour)
<ul style="list-style-type: none"> • Date de service : 2016-03-06 • Code de facturation : 09992 • Moyen de transport : Vol commercial • Nombre d'heures en déplacement : 2 h • Nombre d'heures en attente : 1 h • Élément de contexte : Demande de remboursement des frais de transport déjà transmis • Montant préliminaire de la 3^e ligne : 327,00 \$
Informations applicables à l'ensemble de la facture
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lieu de départ <ul style="list-style-type: none"> • Date 2016-03-06 • Heure 7 h • Type de lieu : Lieu codifié à la Régie 02693 ➤ Lieu d'arrivée <ul style="list-style-type: none"> • Date 2016-03-06

- Heure 12 h 15
- Type de lieu : Lieu non codifié (code de localité) 61417

Montant préliminaire de la 2^e facture : 470,40\$

Total des montants préliminaires pour les 2 factures : 1847,80 \$

7 Modification d'une facture

7.1 Modifier une facture

Le médecin spécialiste ou son mandataire peut modifier une facture en respectant les conditions suivantes :

- La première transmission de la facture doit avoir été faite dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis;
- La modification doit être faite dans les 135 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis, et ce, peu importe le statut de la facture.

Si le médecin n'a pas été en mesure de respecter le délai de modification en raison de circonstances exceptionnelles, il doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et y indiquer les circonstances exceptionnelles démontrant son impossibilité d'agir plus tôt.

Modifier une facture est l'action qui consiste à :

- Modifier des renseignements déjà fournis;
- Ajouter une ou plusieurs lignes de facture;
- Retirer une ou plusieurs lignes de facture.

Pour modifier une facture, le médecin spécialiste doit obligatoirement utiliser le numéro de facture RAMQ transmis par la Régie. Il doit **modifier seulement** les informations souhaitées et soumettre à nouveau une version complète de la facture modifiée. Lors d'une modification, le numéro de facture RAMQ demeure le même, ce qui permet de constituer l'historique des modifications apportées à la facture.

Si la demande de modification est recevable, le médecin spécialiste est informé que sa demande de modification est acceptée.

Si la demande de modification n'est pas recevable, un message explicatif spécifie alors la cause de la non-recevabilité.

Le médecin spécialiste qui a soumis une facture via le service en ligne peut la modifier seulement par le même moyen, c'est-à-dire par le service en ligne.

L'agence de facturation qui a soumis une facture est la seule à pouvoir la modifier.

Important :

Pour faciliter la conciliation et le suivi du paiement des lignes de facture et des codes de facturation, de même que pour assurer la traçabilité de chaque ligne de facture, il est important de ne pas changer leur nature.

Pour ce faire, il est essentiel que le médecin suive les instructions suivantes lors d'une modification de facture :

Ne jamais modifier un code de facturation sur une facture déjà transmise. Si le code de facturation doit être modifié il faut :

- Soit retirer la ligne de la facture existante qui contient le code de facturation à modifier et ajouter une nouvelle ligne avec le bon code de facturation;
- Soit annuler la facture existante et soumettre une nouvelle facture.

8 Annulation d'une facture

8.1 Annuler une facture

Le médecin spécialiste ou son mandataire peut annuler une facture en respectant les conditions suivantes :

- La première transmission de la facture doit avoir été faite dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis;
- L'annulation doit être faite dans les 135 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis, et ce, peu importe le statut de la facture.

Si le médecin n'a pas été en mesure de respecter le délai d'annulation en raison de circonstances exceptionnelles, il doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et y indiquer les circonstances exceptionnelles démontrant son impossibilité d'agir plus tôt.

Annuler une facture a pour effet d'annuler, en une seule action, l'ensemble des lignes qui la composent. Pour annuler une ou plusieurs lignes à l'intérieur d'une même facture, il faut plutôt faire une modification telle que décrite à la section 7.1 de ce guide.

Pour annuler une facture, le médecin spécialiste, ou son mandataire, doit obligatoirement utiliser le numéro de facture RAMQ transmis par la Régie lors de la création de sa facture. Le médecin doit d'abord annuler la facture existante et ensuite transmettre une nouvelle facture. Cela a pour effet d'annuler toutes les lignes d'une facture.

Si la demande d'annulation est recevable, le médecin spécialiste est informé que sa demande d'annulation est acceptée.

Si la demande d'annulation n'est pas recevable, un message explicatif spécifie alors la cause de la non-recevabilité.

Important :

Le médecin spécialiste qui a soumis une facture via le service en ligne peut l'annuler seulement par le même moyen, c'est-à-dire par le service en ligne.

L'annulation d'une facture peut être effectuée par une agence de facturation différente de celle qui a soumis la facture **seulement s'il n'y a plus de liens d'affaires** entre l'agence qui a soumis la facture initiale et le médecin spécialiste.

Une agence ne peut annuler une facture transmise par le service en ligne.

9 Paiement

9.1 Modes et versement du paiement

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le médecin spécialiste doit soumettre ses factures de services médicaux et de frais de déplacement dûment remplies dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis.

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par virement bancaire ([compte personnel ou compte administratif individuel ou collectif](#)) ou par chèque émis à l'ordre du médecin traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.

Le virement bancaire s'exécute à la première heure du deuxième jour suivant [la date du paiement](#), excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est émis pour un montant inférieur à 20 \$. Le montant sera alors joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera le minimum requis.

9.1.1 Délai de paiement

Dans les 45 jours suivant la réception des factures recevables, la Régie procède au paiement.

Si une facture ne figure pas aux états de compte dans un délai de 45 jours, le médecin spécialiste de la santé doit joindre le [Centre d'assistance aux professionnels](#) en ayant en main son numéro de facture RAMQ.

9.2 État de compte

Un état de compte est produit à chaque paiement pour présenter le résultat des transactions avec la Régie.

Durant la période transitoire, le médecin spécialiste qui facture avec le nouveau système de rémunération à l'acte recevra un état de compte présentant toutes les opérations effectuées avec le nouveau système (facture de services médicaux) et toutes les opérations effectuées avec le système actuel (DP 1200 soumises avant d'utiliser le nouveau système). La refacturation ou les modifications aux factures existantes devront respecter les modalités propres à chaque système, selon le système avec lequel les demandes de paiement ont été générées au départ.

<p>IMPORTANT : La refonte des systèmes de rémunération à l'acte amène l'ajout de nouvelles sections à l'état de compte, principalement pour faciliter le suivi de la facturation.</p>
--

L'information sur la description de l'état de compte porte seulement sur les nouvelles sections de l'état de compte. Pour obtenir de l'information à propos des autres sections; qui demeurent inchangées, consulter la section *Paiement* du [Manuel de facturation des médecins spécialistes](#) sur le site Web de la Régie.

9.3 Affichage des factures à l'état de compte

9.3.1 Affichage des factures

L'affichage des factures à l'état de compte dépend de la date à laquelle elles sont transmises, modifiées ou annulées. Le calendrier de paiement détaille les dates limites de réception en lien avec les états de compte. Afin de voir les factures sur un état de compte précis, le médecin spécialiste doit tenir compte de la date limite de réception prévue à ce calendrier. Une facture reçue [avant la date limite de réception](#) des factures sera affichée sur l'état de compte. Si la facture est reçue après la date limite, elle sera affichée sur le prochain état de compte.

9.3.2 Affichage lors d'une modification de facture

Une modification de facture reçue [avant la date de limite de réception](#) des factures sera affichée sur l'état de compte. Si la modification est effectuée après la date limite, elle sera affichée sur l'état de compte suivant.

9.3.3 Affichage lors d'une annulation de facture

Une facture transmise et annulée [avant la date limite de réception](#) des factures **ne sera pas affichée** sur l'état de compte (aucune inscription). L'annulation sera affichée si elle concerne une facture déjà transmise à la Régie dans une période antérieure à la période d'annulation.

9.4 Description des sections de l'état de compte

9.4.1 Factures réglées au montant préliminaire calculé

La section suivante présente les factures transmises par le médecin et pour lesquelles toutes les lignes de facture ont été acceptées et payées au montant préliminaire calculé.

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

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTES	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'À	N° DU PAIEMENT	PAGE
1	2	3	4	5	6	7	8
					0000-00-00 (T)		002
					0000-00-00 (P)	OR-38	007

NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ	NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ	NO. FACT.	NAM	DATE DE SERVICE AA - MM - JJ	MONTANT PAYÉ
9	10	11	12								
DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE FACTURES RÉGLÉES AU MONTANT PRÉLIMINAIRE (TRA 01)											
007001001026	IJKL	15-08-28	100,00	007001001040	IJKL	15-08-28	900,00	007001001070	IJKL	15-08-28	200,00
007001001027	IJKL	15-08-28	500,00	007001001041	IJKL	15-08-28	400,00	007001001071	IJKL	15-08-28	100,00
007001001028	IJKL	15-08-28	600,00	007001001042	IJKL	15-08-28	300,00	007001001082	IJKL	15-08-28	600,00
007001001029	IJKL	15-08-28	700,00	007001001043	IJKL	15-08-28	200,00	007001001083	IJKL	15-08-28	700,00
007001001030	IJKL	15-08-28	800,00	007001001044	IJKL	15-08-28	100,00	007001001088	IJKL	15-08-28	600,00
007001001031	IJKL	15-08-28	900,00	007001001045	IJKL	15-08-28	500,00	007001001089	IJKL	15-08-28	700,00
007001001032	IJKL	15-08-28	400,00	007001001046	IJKL	15-08-28	600,00	007001001100	IJKL	15-08-28	900,00
007001001033	IJKL	15-08-28	300,00	007001001047	IJKL	15-08-28	700,00	007001001101	IJKL	15-08-28	400,00
007001001034	IJKL	15-08-28	200,00	007001001048	IJKL	15-08-28	800,00	007001001112	IJKL	15-08-28	600,00
007001001035	IJKL	15-08-28	100,00	007001001049	IJKL	15-08-28	900,00	007001001119	IJKL	15-08-28	100,00
007001001036	IJKL	15-08-28	500,00	007001001050	IJKL	15-08-28	400,00	007001001124	IJKL	15-08-28	900,00
007001001037	IJKL	15-08-28	600,00	007001001051	IJKL	15-08-28	300,00	007001001128	IJKL	15-08-28	100,00
007001001038	IJKL	15-08-28	700,00	007001001052	IJKL	15-08-28	200,00	007001001139	IJKL	15-08-28	900,00
007001001039	IJKL	15-08-28	800,00	007001001053	IJKL	15-08-28	100,00	007001001140	IJKL	15-08-28	400,00

Les renseignements suivants figurent à la section *Factures réglées au montant préliminaire* :

- 1 NOM : nom et prénom du médecin.
- 2 N° DU PROFESSIONNEL : numéro du médecin (7 chiffres).
- 3 N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : numéro de groupe du médecin s'il y a lieu (compte administratif).
- 4 N° DE CHÈQUE OU VIREMENT : numéro de chèque ou de virement bancaire (dépôt direct) correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre C figure entre parenthèses et dans le second cas, c'est la lettre V.
- 5 DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : date correspondant à celle du chèque. Le virement bancaire (dépôt direct) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.

- 6** DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à leur date limite. La forme de réception est indiquée comme suit : lettre *P* pour papier et *T* pour télécommunication ou Internet.
- 7** N° DU PAIEMENT : numéro pouvant servir de référence.
- 8** PAGE : pagination référant au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, « page 2 de 7 » indique qu'il s'agit de la deuxième page d'un document de sept pages.
- 9** NO. FACT. : numéro de facture RAMQ.
- 10** NAM : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- 11** DATE DE SERVICE : date à laquelle le service a été rendu.
- 12** MONTANT PAYÉ : montant accordé pour le service rendu.

9.4.2 Autres factures reçues pendant la période couverte

La section suivante présente les factures dont toutes les lignes de facture ou certaines affichent un montant différent du montant préliminaire. On y trouve aussi les factures dont certaines lignes sont en cours d'évaluation au moment de la production de l'état de compte.

Sont également présentées les factures pour lesquelles le paiement de toutes les lignes ou de certaines lignes a été refusé. Les factures annulées et modifiées après la date limite de réception des factures apparaîtront sur le prochain 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				
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'À	N° DU PAIEMENT	PAGE
0000-00-00 (T)		003
0000-00-00 (P)	OR-38	DE 007

NO. FACT.	NO. LIG.	NAM	DATE DE SERVICE	CODE	MONTANT		MESSAGE(S)	
			AAAA - MM - JJ		TRA	FACT.		PRÉLIMINAIRE
1	2	3	4	5	6	7	8	9
DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE AUTRES FACTURES REÇUES PENDANT LA PÉRIODE COUVERTE								

Les renseignements suivants figurent à la section *Autres factures reçues pendant la période couverte* :


- 1** NO. FACT. : numéro de facture RAMQ.
- 2** NO LIG : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
- 3** NAM : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- 4** DATE DE SERVICE : date à laquelle le service a été rendu.
- 5** CODE TRA. : code de transaction.
- 6** CODE FACT. : code de facturation.
- 7** MONTANT PRÉLIMINAIRE : montant préliminaire calculé.
- 8** MONTANT PAYÉ : montant accordé pour le service rendu.
- 9** MESSAGE (S) : message explicatif.

9.4.3 Factures modifiées par rapport à un état de compte antérieur

Cette section présente les factures dont certaines ou toutes les lignes ou certaines lignes de factures ont été :

- annulées par le médecin à une période différente de celle où la facture avait été créée;
- modifiées par le médecin à une période différente de celle où elle avait été créée;
- réévaluées ou rectifiées par la Régie;
- révisées à la demande du médecin;
- créées sur une facture ayant déjà fait l'objet d'un paiement.

On y trouve la facture contenant une ou des lignes modifiées. Celles-ci sont indiquées afin de faciliter le repérage.

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						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		0000-00-00 (T)		004
						0000-00-00 (P)	OR-38	DE 007

NO. FACT.	NO. LIG.	NAM	DATE DE SERVICE		CODE		MONTANT		MESSAGE(S)	MONTANT PAYÉ
			AAAA	MM - JJ	TRA.	FACT.	ANTÉRIEUR	NOUVEAU		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE LIGNES MODIFIÉES PAR RAPPORT À UN ÉTAT DE COMPTE ANTÉRIEUR										

Les renseignements suivants figurent à la section *Lignes modifiées par rapport à un état de compte antérieur* :

- 1** NO. FACT. : numéro de facture RAMQ.
- 2** NO LIG : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
- 3** NAM : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- 4** DATE DE SERVICE : date à laquelle le service a été rendu.
- 5** CODE TRA. : code de transaction.
- 6** CODE FACT. : code de facturation.
- 7** MONTANT ANTÉRIEUR

- 8** MONTANT NOUVEAU
- 9** MESSAGE (S) : message explicatif.
- 10** MONTANT PAYÉ : différence entre le montant antérieur et le nouveau montant.

9.4.4 Factures retenues par la Régie

Cette section présente les factures du médecin qui n'ont pas été payées par la Régie pour des raisons administratives.

Régie de l'assurance maladie Québec <small>Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4</small>		ÉTAT DE COMPTE				
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						
NOM <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	N° DU PROFESSIONNEL <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	N° DE CHEQUE OU VIREMENT <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU 0000-00-00 (T) 0000-00-00 (P)		N° DU PAIEMENT OR-38	PAGE 005 DE 007			
NO. FACT.	NO. LIG	NAM	DATE DE SERVICE AAAA - MM - JJ	CODE TRA	CODE FACT.	
1	2	3	4	5	6	
DÉTAIL DU PAIEMENT POUR LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE FACTURES RETENUES PAR LA RÉGIE						

Les renseignements suivants figurent à la section *Factures retenues par la Régie* :

- 1** NO. FACT. : numéro de facture RAMQ.
- 2** NO LIG : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
- 3** NAM : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- 4** DATE DE SERVICE : date à laquelle le service a été rendu.
- 5** CODE TRA. : code de transaction.
- 6** CODE FACT. : code de facturation.

9.4.5 Demandes de révision reçues et en cours de traitement

Cette section sert d'accusé de réception pour les demandes de révision transmises par le médecin qui sont en cours d'évaluation au moment de la production de l'état de compte.



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	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE			DE

NO. FACT.	NAM	TRA.
1	2	3

Les renseignements suivants figurent à la section *Demandes de révision reçues et en cours de traitement* :

- 1** NO. FACT. : numéro de facture RAMQ.
- 2** NAM : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- 3** CODE TRA. : code de transaction.

9.4.6 Demandes de remboursement d'une personne assurée

Cette section présente les remboursements à la personne assurée effectués par la Régie pour les factures dont le médecin a perçu un montant auprès de ces personnes. Cette situation peut se produire pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- La personne assurée n'avait pas pu fournir, lors du service, la preuve de son admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec (carte d'assurance maladie expirée);
- Le médecin a exigé le paiement d'une personne assurée à l'encontre de la loi.

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

NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE DÉTAILLEMENT	N° DE CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'À	N° DU PAIEMENT	PAGE
		DE

NO. FACT.	NO. LIG.	NAM	DATE DE SERVICE	TRA.	CODE FACT.	MONTANT PERÇU/ANTÉ.	MONTANT AUTOR./NOUV.	DIFFÉRENCE	MESSAGE(S)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 1** NO. FACT. : numéro de facture RAMQ.
- 2** NO LIG : numéro de ligne de la facture. Lorsqu'une facture est refusée entièrement ou annulée, que les messages sont identiques et qu'il n'y a pas de facture en référence, les lignes de factures sont regroupées. Le numéro de ligne est donc à blanc sur l'état de compte papier. De plus, une ligne de facture seule sur une facture est considérée comme une facture. Elle n'aura donc pas de numéro de ligne.
- 3** NAM : quatre premiers caractères du numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- 4** DATE DE SERVICE : date à laquelle le service a été rendu.
- 5** CODE TRA. : code de transaction.
- 6** CODE FACT. : code de facturation.
- Si le code de transaction (TRA) est lié à un remboursement d'une personne assurée (TRA 001, 002 ou 004) :
- 7** MONTANT PERÇU/ANTÉ. : montant perçu par le professionnel.
- 8** MONTANT AUTOR./NOUV : montant autorisé défini par la Régie.
- 9** DIFFÉRENCE : différence entre le montant perçu et montant autorisé.

Si le code de transaction est lié à une révision demandée par le professionnel ou révisée par la Régie (TRA 021, 022 ou 023) :

- 7** MONTANT PERÇU/ANTÉ. : montant antérieur payé au professionnel.
- 8** MONTANT AUTOR./NOUV : nouveau montant à payer au professionnel.
- 9** DIFFÉRENCE : différence entre le montant antérieur et le nouveau montant

Lorsque la Régie est en attente de la demande de remboursement de la personne assurée mais que le professionnel a transmis son relevé d'honoraires, c'est le TRA 005 qui confirme la réception du relevé d'honoraires.

- 10** MESSAGE (S) : message explicatif

9.4.7 Liste des codes de transactions (TRA)

Une codification numérique informe de l'état du règlement des factures et avise des motifs à l'appui d'un changement.

Liste des codes de transaction (TRA)

Code TRA	Description générale
000	Demande ou facture ayant servi à l'évaluation de la demande ou facture identifiée sur la ligne précédente
001	Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire (le code 001 n'apparaît pas à l'état de compte)
002	Demande de paiement ou facture payée avec modification du montant demandé ou préliminaire
004	Demande de paiement ou facture annulée
005	Demande de paiement, facture ou relevé d'honoraires, en traitement, paraîtra sur un état de compte subséquent
020	Demande paiement ou facture reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent
021	Demande de paiement, de remboursement ou facture révisée à votre demande
022	Demande de paiement, de remboursement ou facture révisée par la Régie
023	Demande de révision payée à zéro
030	Intérêts sur demande de paiement ou facture
035	Demande de modification d'une facture ou d'un relevé d'honoraires avec ajustement de la rémunération
036	Demande de modification d'une facture ou d'un relevé d'honoraires sans ajustement de la rémunération

050	Demande de paiement ou facture retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription)
060	Étalement montant dû

10 Demande d'autorisation

10.1 Instructions pour effectuer une demande d'autorisation

Certains services médicaux rendus au Québec nécessitent au préalable une demande d'autorisation auprès de la Régie.

Le médecin spécialiste qui veut adresser une demande à la Régie pour les interventions qui, selon l'Entente, requièrent une autorisation préalable, peut remplir le formulaire dynamique [Demande d'autorisation en plastie](#) (4248).

Pour aider le médecin à le remplir, un guide est disponible en appuyant sur le bouton « Guide » dans le coin supérieur droit du formulaire.

Le formulaire 4248 permet d'adresser trois types de demandes d'autorisation à la Régie, soit une demande d'autorisation initiale, une demande de prolongation ou une demande de modification. Il permet également de transmettre des renseignements supplémentaires pour compléter une demande déjà transmise à la Régie.

Une demande d'autorisation initiale complète contient :

- le formulaire [Demande d'autorisation en plastie](#) (4248) rempli et signé;
- les photos couleur qui illustrent adéquatement le problème à traiter. Les photos sont toujours requises, sauf lors d'une demande d'autorisation pour excision de paquets variqueux aux membres inférieurs;
- les pièces justificatives utiles pour le traitement de la demande (ex. : rapports de mammographie ou d'échographie, champs visuels périphériques interprétés, rapports de consultation, etc.), s'il y a lieu.

Pour les demandes autres que celles en plastie, le même formulaire peut être utilisé, en y joignant les pièces demandées, le cas échéant.

Le médecin spécialiste qui désire formuler une demande écrite peut le faire en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention.

Il doit identifier la personne assurée par son nom, son NAM et son adresse pour que la Régie puisse communiquer avec cette personne.

10.1.1 Envoi des demandes d'autorisation

Les demandes doivent être transmises par la poste à l'adresse suivante :

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1S 7T3

Seules les demandes URGENTES pour lesquelles les photos ne sont pas requises ou ont déjà été transmises à la Régie, peuvent être acheminées par télécopieur au numéro suivant :

418 643-3858.

10.1.2 Traitement des demandes d'autorisation

Lors de la réception de la demande, la Régie procède à l'analyse de la demande et détermine si le service est autorisé ou non.

Si la demande est acceptée, un numéro d'autorisation est transmis au médecin spécialiste. Ce dernier devra l'inscrire à l'endroit prévu sur la facture. La personne assurée reçoit une correspondance écrite de la Régie lui indiquant que la demande d'autorisation rédigée par le médecin spécialiste a été acceptée.

Si la demande d'autorisation est refusée, la personne assurée en est également informée.

Numéros d'autorisation en période de transition

Les numéros d'autorisation actuels sont de type alphanumérique et sont souvent valables pour de longues périodes. Lors du déploiement du nouveau système de rémunération à l'acte, certains numéros d'autorisation seront encore actifs et **ils seront toujours acceptés** par le nouveau système. Durant la période de migration, il sera donc possible pour un médecin spécialiste d'utiliser l'ancien numéro d'autorisation même s'il a migré vers le nouveau système de rémunération à l'acte.

11 Demande de révision

11.1 Instructions pour effectuer une demande de révision

Le médecin spécialiste souhaitant que la Régie révise en tout ou en partie une facture refusée pour des frais médicaux ou des frais de déplacement peut le faire en demandant une révision à la Régie.

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

Avant de soumettre une demande de révision, le médecin spécialiste doit toujours attendre le traitement final de ses factures. Les demandes en cours de traitement ne peuvent faire l'objet d'une révision.

Pour toute demande de révision, le médecin spécialiste doit remplir et signer le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Si le médecin n'a pas été en mesure de respecter le délai de révision en raison de circonstances exceptionnelles, il doit aussi remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) et y indiquer les circonstances exceptionnelles démontrant son impossibilité d'agir plus tôt.

11.1.1 Documents explicatifs à joindre à la demande de révision

Les documents explicatifs pouvant être exigés doivent être joints à la demande de révision (protocole, note clinique, attestation, dossier dentaire, autorisation de ministères, carnet de réclamation, radiographie, liste de garde ou autres). Ces documents doivent être lisibles, et les médecins concernés doivent être bien identifiés en inscrivant les numéros de professionnels ou le noms en lettres majuscules sous les signatures.

L'attestation de garde (ou liste de garde) constitue une pièce justificative essentielle à joindre à une demande de révision lorsqu'il s'agit d'un forfait de garde. Elle doit être vérifiée et signée par le directeur des services professionnels ou son représentant.

12 Demande de facturation hors délai

12.1 Instructions pour effectuer une demande de facturation hors délai

Selon l'article 22.1 de la [Loi sur l'assurance maladie](#), le médecin spécialiste doit, pour avoir le droit d'être rémunéré par la Régie, soumettre son relevé d'honoraires dûment rempli dans les 90 jours suivant la date à laquelle le service couvert a été fourni.

La Régie peut exceptionnellement prolonger le délai prescrit si le médecin spécialiste démontre qu'il a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt ou en cas de décès.

Les demandes doivent être effectuées par écrit et transmises à la Direction des services à la clientèle professionnelle de la Régie.

La demande inclut les renseignements suivants :

- Le numéro, le nom et l'adresse du professionnel;
- Le numéro de compte administratif, s'il y a lieu;
- Le mode de facturation (logiciel de facturation ou services en ligne);
- Le mode de rémunération;
- Un ou plusieurs codes de facturation, s'il y a lieu;
- Un numéro d'établissement, s'il y a lieu;
- Le numéro d'assurance maladie, s'il y a lieu, et les dates de service correspondantes;
- Le nombre total de relevés d'honoraires et montant total réclamé;
- La période de facturation hors délai (Période durant laquelle des interventions ont eu lieu, mais que le professionnel de la santé n'a pas facturé à la Régie. Si la demande de facturation hors délai est acceptée, les factures de cette période pourront être traitées par le système.);
- La ou les raisons justifiant le dépassement du délai;
- La signature du médecin faisant la demande ou de son mandataire.

Les demandes de facturation hors délai peuvent être transmises :

- Par courriel à l'adresse : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
- Par télécopieur au numéro : 418 644-3035
- Par courrier à l'adresse :

Traitement des demandes de facturation hors délai
Service de la logistique et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

12.1.1 Décision de la Régie

La Régie rend une décision dans les 90 jours suivant la réception d'une demande.

Lorsque la demande est acceptée, une correspondance est envoyée au médecin spécialiste pour l'informer. Afin de procéder au traitement des relevés d'honoraires hors délai, ceux-ci doivent être transmis jusqu'à une date précise indiquée dans la correspondance, **sinon la demande hors délai sera fermée par la Régie.**

Lorsque la demande est refusée, une correspondance est transmise au médecin spécialiste pour lui indiquer notamment le motif du refus de sa demande. Toutefois, le médecin peut adresser une lettre à la Régie pour lui demander de reconsidérer sa décision en lui soumettant des renseignements supplémentaires.

Quel système informatique devez-vous utiliser pour transmettre une demande hors délai?

Le médecin spécialiste qui fait une demande pour transmettre sa facturation hors délai doit suivre les instructions de la Régie pour savoir dans quel système informatique il transmet sa facturation. Le choix de la Régie à ce moment dépendra de la date de service et de la date de migration du médecin spécialiste vers le nouveau système.

13 Lexique

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Acte non tarifé	<p>Acte médical non inscrit dans les manuels d'ententes, qui n'a pas été codifié, qui n'a pas de libellé reconnu et qui n'a pas de tarification.</p> <p>Pour signifier cette situation à la Régie de l'assurance maladie, le professionnel de la santé doit utiliser le code de facturation 09990.</p>
Agence de facturation privée	<p>Professionnel ou groupe de professionnels qui effectue sa propre facturation informatisée ou qui la confie à une ou à des personnes accomplissant ce travail exclusivement pour lui (ex. : clinique médicale).</p>
Agence de facturation commerciale	<p>Personne ou entreprise qui offre des services de facturation informatisée et qui les commercialise sur une base active et régulière auprès d'une ou de plusieurs catégories de professionnels de la santé.</p>
Assurance responsabilité professionnelle (ARP)	<p>Tout professionnel de la santé doit souscrire à une assurance responsabilité professionnelle dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. La Régie rembourse au médecin spécialiste ou au médecin omnipraticien une quote-part de la prime d'assurance responsabilité assumée par le médecin. La quote-part est prévue à l'<i>Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle</i> (médecins spécialistes) ou à l'<i>Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle</i> (médecins omnipraticiens).</p>
Carte d'assurance maladie (CAM)	<p>Carte avec un numéro unique délivrée à une personne assurée. Cette carte donne accès aux services de santé couverts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec.</p>
Code de facturation	<p>Expression désignant un acte médical, un service, des frais ou un produit codifié aux fins de facturation.</p> <p>Remplace le terme <i>code d'acte</i>.</p>

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Compte administratif	<p>Compte attribué par la Régie pouvant être de deux types :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le compte administratif individuel qu'un professionnel peut ouvrir, par exemple pour répartir sa rémunération par lieux de pratique; - Le compte administratif collectif qui renvoie à un regroupement ou à une société dont fait partie le professionnel concerné.
Compte personnel	Compte de finances personnelles attribué par la Régie à tous les professionnels de la santé et dans lequel sont versés les honoraires d'un professionnel de la santé.
Contrôle	<p>Opération qui permet de déterminer la conformité d'un élément facturé par rapport aux ententes et leurs composantes conclues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les fédérations médicales et les associations professionnelles.</p> <p>Un contrôle comporte une décision sur la conformité. En général, les contrôles correspondent aux règles d'affaires qui ont pour but de valider la conformité aux ententes. La responsabilité de la Régie par rapport aux contrôles de conformité est énoncée à l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie.</p> <p>Exemple de contrôle : le service rendu est payable seulement si la personne qui a reçu le service est admissible à la date du service.</p>
Correspondance	Lettre écrite par la Régie et expédiée au professionnel de la santé pour lui communiquer de l'information ou pour lui demander une ou des pièces justificatives.
Date de réception	Date à laquelle une facture est reçue à la Régie par le mécanisme de transmission en direct ou en différé.
Date du service	<p>Date à laquelle un service couvert a été rendu par un professionnel de la santé, ou date de son déplacement en lien avec ses frais de transport. Pour faciliter l'affichage des informations, la notion de « service » englobe aussi les forfaits, les suppléments et tout autre élément qui sont associés à un code de facturation traité pour la rémunération à l'acte.</p> <p>La date du service se trouve au niveau de la ligne de facture de la demande de paiement.</p>

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Délai de facturation	Délai légal dont dispose le professionnel de la santé, à compter de la date du service rendu, pour facturer à la Régie.
Demande d'autorisation	Demande d'un professionnel de la santé pour facturer à la Régie certains services médicaux rendus au Québec qui requièrent au préalable une demande d'autorisation de la part de la Régie.
Demande de facturation hors délai	<p>Demande adressée à la Régie par un professionnel de la santé pour obtenir l'autorisation de dépasser le délai de facturation prescrit pour soumettre sa facturation.</p> <p>Remplace le terme <i>dérogation</i>.</p>
Demande de paiement	<p>Requête adressée à la Régie par le professionnel de la santé afin d'obtenir le paiement des services couverts qu'il a rendus à une personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec. La demande de paiement sert également à obtenir le remboursement de frais pour les déplacements qu'un professionnel de la santé a effectués pour rendre des services couverts.</p> <p>Une demande de paiement peut être produite en utilisant une facture de services médicaux ou une facture de frais de déplacement.</p>
Demande de remboursement	Demande effectuée par une personne assurée qui souhaite être remboursée pour le montant qu'elle a préalablement payé à un professionnel de la santé pour un service couvert dans le cadre de la rémunération à l'acte. La demande de remboursement est effectuée parce que la personne assurée était dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie ou parce que sa carte d'assurance maladie n'était plus valide.
Demande de révision	<p>Demande adressée à la Régie par un professionnel de la santé souhaitant qu'elle révise en tout ou en partie une facture refusée pour des frais médicaux ou des frais de déplacement. Une demande de révision peut s'effectuer dans un délai légal de 90 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la facture.</p> <p>Diffère de <i>demande de modification</i> et <i>demande d'annulation</i>.</p>

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Développeur de logiciels	Personne ou entreprise qui développe et entretient un logiciel de facturation informatisée.
Élément de contexte	<p>Informations précisant le contexte dans lequel le service facturé a été rendu. Elles peuvent influencer l'évaluation de la facture et le calcul des honoraires.</p> <p>Plusieurs éléments de contexte remplacent des modificateurs utilisés auparavant.</p> <p>Il y a deux types d'éléments de contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éléments de contexte généraux qui décrivent diverses caractéristiques qui s'appliquent à l'ensemble des services médicaux qui sont regroupés dans une facture; par exemple, <i>Remplaçant au cours d'une anesthésie</i> ou <i>Déplacement pour prélèvement d'organes</i>. • Éléments de contexte du service qui sont en lien avec le service dispensé; par exemple : <i>Fracture ouverte</i>, ou encore diverses caractéristiques en lien avec un procédé utilisé; par exemple : <i>Injection de phénol</i> ou <i>d'alcool</i>.
Élément mesurable	Particularité associée à des codes de facturation des actes à l'unité qui nécessitent une précision de mesure afin d'établir le tarif approprié. Les précisions de mesure sont soit en nombre (nombre de polypes), soit en durée (durée d'une intervention), soit en mesure (longueur d'une plaie ouverte).
État de compte	<p>Document qui fait état des factures envoyées par le professionnel de la santé ainsi que des paiements effectués par la Régie. Il permet au professionnel de faire une conciliation entre ce qu'il a transmis à la Régie et ce qui lui a été payé pour la période de paie visée.</p> <p>Dans le nouvel état de compte, les factures sont regroupées selon diverses rubriques et sont présentées en ordre croissant de numéro de facture à l'intérieur d'une sous-rubrique. Le numéro de facture RAMQ sert de référence pour repérer les informations sur l'état de compte.</p>
Facture	Ensemble de renseignements fournis par le professionnel de la santé, à partir de la demande de paiement, afin de réclamer des honoraires pour des services couverts prévus à son entente ou pour réclamer des frais de déplacement pour rendre des services (frais de transport, frais de temps de déplacement, frais de stationnement).

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Facture de services médicaux	Réclamation par un médecin des honoraires pour des services couverts prévus à son entente.
Facture de frais de déplacement	Réclamation par un médecin de frais liés aux déplacements qu'il a effectués pour rendre ses services (frais de transport, frais de temps de déplacement, frais de stationnement).
Forfait	Paieement qui couvre un ensemble de services médicaux rendus ou un supplément payable pour une période donnée.
Frais de déplacement	Frais facturés par un professionnel de la santé pour les déplacements qu'il a effectués afin de rendre ses services selon les conditions de son entente (frais de transport, frais de temps de transport, frais de stationnement).
Groupe de médecine familiale (GMF)	Regroupement de médecins de famille qui adhèrent au programme du ministre de la Santé et des Services sociaux. En vertu d'une offre de services convenue avec un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), selon le cas, un GMF dispense des services de médecine familiale auprès d'une clientèle ambulatoire de tout âge, comprenant principalement l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé, aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à la condition de santé des personnes, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ces services sont assurés par le médecin de famille avec la collaboration d'une infirmière ainsi que celle des autres membres du personnel du GMF, dans le contexte d'un cabinet médical, d'un CLSC, d'une UMF ou, exceptionnellement, d'une clinique externe de médecine familiale d'un CHSGS. Les modalités de rémunération des médecins exerçant en GMF ont été déterminées par l' <i>Entente particulière relative au groupe de médecine de famille</i> (GMF).
Honoraires additionnels	Acte facturé avec des honoraires majorés lorsque les circonstances cliniques sont exceptionnelles et lorsqu'une prestation de soins devient d'une complexité inhabituelle.

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Lieu de dispensation physique	<p>Lieu physique où sont rendus les services médicaux et sociosanitaires au Québec. En établissement, le lieu de dispensation physique est habituellement la propriété d'organismes dispensateurs de services, communément appelés <i>corporations</i>.</p> <p>Dans le cadre de la rémunération à l'acte, le lieu de dispensation physique équivaut notamment aux installations des établissements, des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des cliniques privées.</p>
Lieu de dispensation géographique	Lieu géographique correspondant à un code de localité ou à un code postal, que ce soit le domicile de la personne assurée, le cabinet du professionnel, un local ou autre.
Ligne de facture	Regroupement d'informations de facturation qui décrit le service rendu afin que la Régie puisse évaluer le montant à payer. En plus de fournir le code de facturation, la ligne de facture contient des renseignements tels que la date, le rôle et divers éléments qui permettent de décrire le contexte dans lequel le service a été rendu. Remplace le terme <i>ligne de service</i> .
Majoration	Augmentation appliquée au tarif de base d'un code de facturation payé au professionnel de la santé selon les termes de son entente.
Message explicatif	<p>Court texte expliquant une situation, une décision, un statut ou une anomalie.</p> <p>Le message explicatif est envoyé automatiquement au demandeur lors de la transmission de sa demande de paiement en direct ou en différé. Il paraît aussi à l'état de compte pour informer des motifs de la décision ou pour expliquer l'erreur d'une demande non recevable.</p>
Montant perçu	Montant facturé par le professionnel à une personne assurée pour un service rendu lorsque celle-ci ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou que sa carte n'est plus valide.




Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Montant préliminaire	<p>Montant déterminé par la Régie pour chaque ligne de facture.</p> <p>Ce montant est dit <i>préliminaire</i>, puisque les contrôles prévus pour l'évaluation de la facture dans son contexte et selon les ententes n'ont pas tous été effectués. Il est donc possible que le montant autorisé soit différent du montant préliminaire retourné au professionnel. Des messages explicatifs figurent à l'état de compte pour expliquer les écarts.</p>
Numéro d'assurance maladie (NAM)	Numéro unique attribué à chaque personne assurée, inscrit sur sa carte d'assurance maladie du Québec, lui permettant d'avoir accès aux services de santé couverts dans le cadre du régime d'assurance maladie (RAM).
Numéro de facture externe	Numéro correspondant au numéro unique généré par le logiciel de facturation pour une facture donnée. Habituellement séquentiel, il établit le lien entre le numéro de facture RAMQ et le numéro attribué à la facture par le système local (du médecin ou de l'agence de facturation).
Numéro de facture RAMQ	<p>Numéro d'identification unique attribué par la Régie à une facture valide et recevable. Ce numéro sert de référence aux traitements du système et aux états de compte.</p> <p>Aucun nouveau numéro n'est attribué à une facture modifiée.</p> <p>Remplace le NCE (numéro de contrôle externe) et le NCI (numéro de contrôle interne).</p>
Paiement	Montant versé au professionnel pour des factures de services médicaux et de frais de déplacement. Le paiement est effectué toutes les deux semaines, par chèque ou par dépôt direct.
Personne assurée	Personne qui réside ou séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
Pièce justificative	Document complémentaire demandé au professionnel de la santé par la Régie au moyen de messages (appelés aussi <i>correspondances</i>), pour évaluer correctement une facture.

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
Recevabilité	<p>Première étape de validation de la demande de paiement. Une demande doit être jugée recevable afin d'enregistrer les informations dans le système, d'attribuer un numéro de facture RAMQ et de permettre le calcul d'un montant préliminaire.</p> <p>Que la demande, la facture ou la ligne de facture soient recevables ou non, l'état de recevabilité est communiqué au professionnel de la santé par le même moyen dont il s'est servi pour transmettre sa demande de paiement ou de modification originale.</p> <p>La recevabilité repose sur la validité des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Champs obligatoires; • Information dans les registres.
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	<p>Organisme du Gouvernement du Québec qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>La RAMQ administre le régime d'assurance maladie (RAM), le régime public d'assurance médicaments (RPAM) ainsi que près d'une quarantaine d'autres programmes qui lui sont confiés par le gouvernement.</p>
Règlement	Action de régler une demande de paiement, c'est-à-dire de prendre une décision sur cette demande et d'établir le montant autorisé au paiement.
Rémunération à l'acte	Mode de rémunération consistant au paiement d'un montant fixe prédéterminé pour chacun des actes posés par le professionnel de la santé ou le dispensateur de services.
Révision	<p>Processus d'affaires qui consiste à examiner de nouveau, à la demande du professionnel de la santé, une décision sur une ou des lignes de facture en conformité avec les documents officiels.</p> <p>Remplace le terme <i>révision externe</i>.</p>
Rôle	Indicateur numérique conçu pour la facturation des actes, qui représente la fonction ou l'activité assumée par le professionnel de la santé lors de la dispensation des services médicaux.

Lexique de la facturation à l'acte	
Terme	Définition
	Le rôle se trouve au niveau de la ligne de facture de la demande de paiement.
Secteur d'activité	Unité de soins d'un établissement de santé public (ex. : clinique externe) ou de certains cabinets privés.
Service en ligne (SEL)	Service en ligne de la Régie permettant au professionnel de la santé de soumettre ses factures de services médicaux et de frais de déplacement.
Tarif de base	Montant d'un acte médical apparaissant dans les grilles tarifaires des manuels de facturation actuels des professionnels de la santé.
TIP-I	« Bus de messagerie » permettant de transmettre des informations de paiement par Internet. Un bus de messagerie est un portail intersystèmes qui permet le transfert automatisé des factures.
Transmission de l'information en direct	Transmission d'une seule demande de paiement via le service en ligne de la Régie ou un logiciel de facturation. Le montant préliminaire, le numéro unique, l'explication sur le calcul ou les messages explicatifs en cas de non-recevabilité sont retournés en temps réel.
Transmission de l'information en différé	Transmission de plusieurs demandes de paiement accumulées via un logiciel de facturation prévu à cette fin. Le montant préliminaire, le numéro unique, l'explication sur le calcul ou les messages explicatifs en cas de non-recevabilité sont retournés avant 8 h le lendemain si la transmission a été effectuée avant 22 h la veille via le logiciel TIP-I. Les informations de recevabilité ne sont transmises que lorsque toutes les demandes du lot ont été traitées.
Unité de médecine familiale (UMF)	Entité fonctionnelle dont la vocation prioritaire est la formation des résidents en médecine familiale dans un contexte de soins de première ligne. Elle contribue aussi à la formation d'étudiants et d'étudiantes prégradués et postgradués de médecine et d'autres disciplines. L'UMF offre à une clientèle définie et variée des soins et des services de médecine familiale, et favorise le développement de la recherche en médecine familiale.

14 Nous joindre

Par courriel

-  [Messagerie sécurisée \(service en ligne\)*](#)
-  [Centre d'information et d'assistance aux professionnels](#)
-  [Assistance aux services en ligne](#)

*La messagerie sécurisée est disponible pour les professionnels de la santé inscrits aux services en ligne de la Régie. Nous vous invitons à l'utiliser prioritairement.

Par téléphone

Québec	418 643-8210*
Montréal	514 873-3480*
Sans frais	1 800 463-4776*

Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

Mercredi de 10 h 30 à 16 h 30

*Pour les services en ligne, après avoir établi votre identité, faites le 1.

Par la poste

Pour l'inscription du professionnel, l'inscription des contrats avec les établissements, le changement d'adresse, les demandes de révision et les plaintes :

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Pour les demandes de facturation hors délai :

Traitement des demandes de facturation hors délai
Service de la logistique et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

Pour toute autre correspondance, veuillez ajouter le service concerné :

- Direction des services à la clientèle professionnelle;
- Centre d'information et d'assistance aux professionnels;
- Service de l'admissibilité et du paiement;
- Service du règlement.

Pour les services médicaux rendus au Québec et requérant une autorisation, ainsi que pour la transmission d'informations additionnelles en rapport avec une évaluation faite par un professionnel :

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Annexe I – Liste des éléments de contexte par section de l'Entente

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENT
Règle d'application n° 2 Durée de la visite de 60 minutes et plus
Règle d'application n° 4 Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique et/ou gynécologie Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours de la même séance en obstétrique – gynécologie Obstétricien-Gynécologue assistant un chirurgien d'une autre discipline
Règle d'application n° 19 Autre étude de la morphologie cardiaque (08303) ou de la morphologie cardiaque fœtale (08311) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue Autre stimulation programmée du cœur (00176) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue Consultation en clinique externe effectuée le même jour Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémédecine Service en exception à la règle d'application 19.5
Règle d'application n° 20 Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie
Règle d'application n° 21 Suivi d'un patient atteint d'un cancer Suivi d'un patient atteint d'une tumeur intracrânienne Suivi d'un patient en raison d'une transplantation d'organe
Règle d'application n° 22 Suivi d'un patient atteint d'un cancer
Règle d'application n° 35 Première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques
Plafonnement d'activités n° 36 Gastro-entérologie Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer, non visés par un plafonnement
PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Règle 5.7 Patient sous respirateur
Règle 8 PDT multiple exécuté lors d'une même séance
Règle 8.2

Électroencéphalogrammes de base et de sommeil exécutés au cours d'une même séance
Règle 8.3 PDT multiple sous la rubrique OPHTALMOLOGIE exécuté lors d'une même séance
Règle 8.4 PDT multiple en endocrinologie, exécuté au cours d'une même séance, mentionné à la règle 8.4 du Préambule général
Règle 8.5 Injection de toxine botulinique multiple exécutée lors d'une même séance
Règle 14 Soins d'urgence
Règle 16 Service médical dont la complexité est inhabituelle
Règle 22 Hors discipline
Règle 24 Acte fait seul Patient sous anesthésie générale
Règle 25 Acte fait seul Patient sous anesthésie générale Patient sous anesthésie régionale
Règle 26 Cancer de la peau Première consultation avec prise en charge du patient Suivi d'un patient atteint d'un cancer
Règle 27 Acte fait seul Patient sous anesthésie générale Patient sous anesthésie régionale
Règle 29.2 Deuxième pathologie dans un système anatomique différent de celui de la première
Règle 29.3 Troisième pathologie dans un système anatomique différent de celui des 2 premières
Règle 30 Acte fait seul Patient sous anesthésie générale Patient sous anesthésie régionale
TARIFICATION DES VISITES
Addendum 2. – Pédiatrie, Règle 6 Première visite du patient aux soins intensifs en pédiatrie Réadmission à l'unité de soins intensifs lors d'une même hospitalisation

Addendum 11 - Médecine d'urgence Séjour différent à la salle d'urgence Soins d'urgence
PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Tableau des honoraires – Sous Angiologie En vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels ou de fistules artérioveineuses
Tableau des honoraires – Sous Biopsie (unique ou multiple) Biopsie non reliée à l'acte opératoire
Tableau des honoraires – Sous Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence Injection de phénol ou d'alcool
Tableau des honoraires – PDT - Note Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance
Tableau des honoraires – PDT - Sous Gastro-entérologie Endoscopie haute et basse effectuée à la même séance
Tableau des honoraires – PDT - Sous Potentiels évoqués PDT multiple sous la rubrique POTENTIELS ÉVOQUÉS exécuté lors d'une même séance
Biochimie médicale Addendum 3 – Article 7.2 Quote-part facturée le même jour
ANESTHÉSIOLOGIE
Addendum 8, Règle 1.1 Procédé identifié A8-1 réclamé en plus de l'intervention principale
Addendum 8, Règle 5 En raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue
Addendum 8, Règle 6 PDT pré-chirurgical de 4 unités ou plus
Addendum 8, Règle 9 Remplaçant au cours d'une anesthésie
Addendum 8, Règle 11 Anesthésie simultanée Anesthésie simultanée pour une urgence grave (règle 11 Add. 8)
Tableau des honoraires – Cœur-poumon artificiel Utilisation du cœur-poumon artificiel au cours d'une anesthésie

CHIRURGIE
Addendum 4, Règle 2.2 Soins d'urgence
Addendum 4, Règle 5 Chirurgie pratiquée dans un autre centre hospitalier Médecin consultant Soins post-opératoires confiés à un autre médecin Soins post-opératoires confiés par un autre médecin
Addendum 4, Règle 8.1 Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance
Addendum 4, Règle 8.2 Site différent
Addendum 4, Règle 8.3 Autre incision Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance
Addendum 4, Règle 8.4 Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance
Addendum 4, Règle 8.5 Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente Soins d'urgence
Addendum 4, Règle 8.6 Il s'agit de l'une des 4 premières tumeurs malignes
Addendum 4, Règle 9 Chirurgie distincte de celle pratiquée à la même séance par un autre médecin de spécialité différente
APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE
Addendum 5, Règle 2 Soins post-opératoires confiés à un autre médecin Soins post-opératoires confiés par un autre médecin
Addendum 5, Règle 3.1 Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance Fracture ou luxation de plusieurs os majeurs
Addendum 5, Règle 3.2 Les deux fractures du même os sont reliées à une articulation L'une des deux fractures du même os est en rapport avec une articulation et il y a réductions par des voies d'approche différentes
Addendum 5, Règle 3.3 Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre Deuxième approche par voie différente, à la même séance

Addendum 5, Règle 4.1 Fracture ouverte
Addendum 5, Règle 5.1 Reprise de la réduction fermée
Addendum 5, Règle 7.1 Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors de la chirurgie
Addendum 5, Règle 7.2 Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors de la chirurgie
Addendum 5, Règle 7.3 Prélèvement d'une greffe tendineuse lors de la chirurgie de reconstruction
Addendum 5, Règle 12 Biopsie osseuse ou des tissus mous avec analyse extemporanée effectuée le même jour que la chirurgie principale
PEAU – PHANÈRES – TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES
Tableau des honoraires – Peau Phanères - Note Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente
Tableau des honoraires – Note Chirurgie réalisée au niveau du sein contralatéral à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale Cicatrice située à la face ou au cou Post chirurgie mammaire assurée Réduction mammaire d'au moins 150 grammes Réduction mammaire d'au moins 250 grammes par sein
SYSTÈME CARDIAQUE
Tableau des honoraires – Système cardiaque - Note Chirurgie de plus d'une valve ou chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien ou chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien
Tableau des honoraires – Système cardiaque – Note sous Chirurgie de l'arythmie Technique d'ablation myocardique auriculaire effectuée lors d'une chirurgie cardiaque
GLANDULAIRE
Glandulaire – Sous Surrénales Chirurgie réalisée au niveau de la surrénale contralatérale à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
Annexe 5 - Addendum 4, Règle 3.1 Étude morphologique non comparative

Annexe 5 - Addendum 4, Règle 18 Indication médicale particulière
Annexe 5 - Addendum 4, Règle 19 Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni
Annexe 5 - Addendum 4, Règle 22 Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie
Résonance magnétique Synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux
ANNEXES
ANNEXE 10 Garde aux urgences
ANNEXE 11 Lettre d'entente A-47 Patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse Lettre d'entente 171 Territoire supplémentaire au cours d'une même journée Lettre d'entente 208 Service dispensé pendant la période où un forfait pour la continuité des soins et services selon la LE 208 est réclamé
ANNEXE 24 Le travailleur ne s'est pas présenté au rendez-vous fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission
ANNEXE 27 ET 28 Garde aux urgences
ANNEXE 29 Visite rendue à l'unité de soins intensifs dans des circonstances exceptionnelles
ANNEXE 38 Assume ou a assumé la prise en charge d'une unité de soins intensifs au cours de la journée En contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge Exerce en cabinet et doit se rendre d'urgence à l'hôpital Pratique en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée Service dispensé pendant la période où un forfait dans une unité de grands brûlés est réclamé Soins d'urgence
ANNEXE 39 Soins d'urgence pour une raison autre qu'une brûlure

ANNEXE 40 Assume ou a assumé la prise en charge d'une unité de soins intensifs au cours de la journée Aucun montant forfaitaire en rémunération mixte n'a été réclamé au cours de la journée Séjour différent à la salle d'urgence Soins d'urgence
ANNEXE 42 Service dispensé pendant la période où un forfait de soutien en psychiatrie est réclamé
AUTRES SITUATIONS
Autre incision Fait au laser Garde en disponibilité Intervention bilatérale Intervention côté droit Intervention côté gauche Période d'enseignement en avant-midi Période d'enseignement en après-midi Séance différente Service non lié à la santé et à la sécurité du travail Site différent
PROTOCOLES D'ACCORD
Protocole d'accord – Garde en disponibilité en téléthrombolyse Service dispensé pendant la période de garde suprarégionale pour la téléthrombolyse
Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique (article 5.2) Pendant la garde de nuit pour un patient pour lequel il n'est pas déjà impliqué dans l'épisode de soins
SLE
Addendum 7, Règle 1.4 Consultation pour l'interprétation d'une épreuve complexe
Addendum 8, Règle 1 Examen rendu dans un laboratoire d'ultrasonographie ayant atteint le niveau 1 de tarification régressive pour l'application du 95,8 % Examen rendu dans un laboratoire d'ultrasonographie ayant atteint le niveau 2 de tarification régressive pour l'application du 91,7 % Examen rendu dans un laboratoire d'ultrasonographie ayant atteint le niveau 3 de tarification régressive pour l'application du 87,5 %

Addendum 8, Règle 4 Échographie abdominale supérieure effectuée le même jour Patient provenant de l'urgence
Addendum 8, Règle 10 Patient hospitalisé
FRAIS DE DÉPLACEMENT
Déplacement pour prélèvement d'organes Demande de remboursement des frais de transport déjà transmise Temps d'attente imprévu

Annexe II – Liste des éléments de contexte liés aux séances

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENT
Règle d'application n° 4 Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique et/ou gynécologie Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours de la même séance en obstétrique – gynécologie Obstétricien-Gynécologue assistant un chirurgien d'une autre discipline
Règle d'application n° 20 Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie
PRÉAMBULE GÉNÉRAL
Règle 8 PDT multiple exécuté lors d'une même séance
Règle 8.2 Électroencéphalogramme de base et de sommeil exécutés au cours d'une même séance
Règle 8.3 PDT multiple sous la rubrique OPHTALMOLOGIE exécuté lors d'une même séance
Règle 8.4 PDT multiple en endocrinologie, exécuté au cours d'une même séance, mentionné à la règle 8.4 du Préambule général
Règle 8.5 Injection de toxine botulinique multiple exécutée lors d'une même séance
PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Tableau des honoraires – PDT - Note Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance
Tableau des honoraires – PDT - Sous Gastro-entérologie Endoscopie haute et basse effectuée à la même séance
Tableau des honoraires – PDT - Sous Potentiels évoqués PDT multiple sous la rubrique POTENTIELS ÉVOQUÉS exécuté lors d'une même séance
CHIRURGIE
Addendum 4, Règle 8.1 Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance
Addendum 4, Règle 8.2 Site différent
Addendum 4, Règle 8.3 Autre incision

Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance
Addendum 4, Règle 8.4 Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance
Addendum 4, Règle 8.5 Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente
Addendum 4, Règle 8.6 Il s'agit de l'une des 4 premières tumeurs malignes
Addendum 4, Règle 9 Chirurgie distincte de celle pratiquée à la même séance par un autre médecin de spécialité différente
APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE
Addendum 5, Règle 3.1 Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance Fracture ou luxation de plusieurs os majeurs
Addendum 5, Règle 3.3 Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre Deuxième approche par voie différente, à la même séance
PEAU – PHANÈRES – TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES
Tableau des honoraires – Peau Phanères - Note Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente
Tableau des honoraires – Note Page F-16 Chirurgie réalisée au niveau du sein contralatéral à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale
SYSTÈME CARDIAQUE
Tableau des honoraires – Système cardiaque - Note Chirurgie de plus d'une valve ou chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien ou chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien
Tableau des honoraires – Système cardiaque – Note sous chirurgie de l'arythmie Technique d'ablation myocardique auriculaire effectuée lors d'une chirurgie cardiaque
GLANDULAIRE
Glandulaire – Sous Surrénales Chirurgie réalisée au niveau de la surrénale contralatérale à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale
AUTRE SITUATION
Séance différente

Annexe III – Liste des rôles

Un code de rôle représente la fonction ou l'activité assumée par le médecin spécialiste lorsqu'il rend des services.

Code de rôle	Définition
1	Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue la consultation en radiologie diagnostique
2	Anesthésiologiste
3	Anesthésiologiste collaborateur
4	Médecin assistant
7	Médecin exploitant un laboratoire de radiologie spécifique et médecin radiologiste qui pratique l'examen

Annexe IV – Exemples de calcul du montant préliminaire

Tableau I

Majoration de 70 % pour des soins d'urgence	Montants
Montant calculé	153,00 \$
Tarif de base	90,00 \$
Soins d'urgence	170 %

Le montant calculé correspond au montant préliminaire, le tarif de base est le tarif prévu à l'Entente, et pour les soins d'urgence la majoration est de 70 %.

Tableau II

Deuxième chirurgie payée à 50 %	Montant
Chirurgie principale	
Montant calculé	14,60 \$
Tarif de base	14,60 \$
Autre chirurgie	
Montant calculé	5,05 \$
Tarif de base	10,10 \$
Chirurgies multiples à la même séance	50 %

Le montant calculé correspond au montant préliminaire, le tarif de base est le tarif prévu à l'Entente, et pour des chirurgies multiples à la même séance, le taux applicable est de 50 %.