



MÉDECINS OMNIPRATICIENS

GUIDE DE FACTURATION

Mesures incitatives et programme de formation continue



Table des matières

Sommaire des modifications apportées	1
Introduction	2
1 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) et Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814)	3
1.1 Avant-propos.....	3
1.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire	4
1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement	6
1.3 Expédition	16
1.4 Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814).....	17
2 Paiement	19
2.1 Mode de paiement.....	19
2.2 Délai de paiement	19
2.3 État de compte.....	19
2.3.1 Description	19
2.3.2 Vérification des paiements	24
2.4 Règlement des demandes de remboursement	24
2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé.....	24
2.4.2 Demande de remboursement en cours de traitement	24
2.4.3 Paiement refusé en partie	25
2.4.4 Paiement refusé en totalité.....	25
2.4.5 Modification d’une demande déjà payée	25
2.4.6 Annulation d’une demande de remboursement.....	25
2.5 Liste des codes de transaction.....	25
2.6 Liste des messages explicatifs	25
2.7 Calendriers de paiement	26
3 Demande de révision ou d’annulation	27
3.1 Instructions pour effectuer une demande de révision	27
3.1.1 Pièces justificatives à joindre à la demande de révision.....	27
3.1.2 Situations ne pouvant pas faire l’objet d’une demande de révision	27
3.2 Demande d’annulation	28
4 Demande de facturation hors délai	29
5 Nous joindre	30

Sommaire des modifications apportées

Mise à jour : 3 octobre 2025

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

Introduction

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

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

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

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

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

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

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

1.1 Avant-propos

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

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

Le formulaire 3814 est accessible uniquement par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#).

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

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

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

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

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

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

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

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

(Annexe XII)

La demande de remboursement comporte 9 sections :

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

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

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

1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement

1.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

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

1.2.1.2 Section 2

Professionnel

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

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

1.2.1.3 Section 3

Séjour de formation et perfectionnement

À remplir pour :

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

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

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

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

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

– Quantième :

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

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

– **Période :**

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

– **Rémunération :**

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

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

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

– **Allocation forfaitaire :**

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

– **Total demandé pour l'allocation forfaitaire :**

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

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

Exemple pour les sections 1 à 3

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 0		1 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES			
PROFESSIONNEL 2					
PRÉNOM Pierre		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 123456	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre hospitalier de Sept-Îles		N° DE L'ÉTABLISSEMENT 02693		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT	
LOCALITÉ Sept-Îles		CODE DE LOCALITÉ 69711		ANNÉE MOIS JOUR 2, 0, A, A 0, 6 1, 5	
RESSOURCEMENT* ET PERFECTIONNEMENT 3					
JOUR	01	02	03	04	05
QUANTIÈME	15	16	17		
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	258	258	258		
				PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR 2, 0, A, A 0, 6 1, 5 AU 2, 0, A, A 0, 6 1, 7 TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 774 00	

Guide de facturation – Mesures incitatives

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

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

RESSOURCEMENT* ET PERFECTIONNEMENT ③							
JOUR	01	02	03	04	05	06	07
QUANTIÈME	15	16	17				
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1				
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	258	258	258				
							PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5 AU 2 0 A A 0 6 1 7 TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 774 ¹ 00

PRIME D'ÉLOIGNEMENT							
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	
DU				AU			
☐ AVEC PERSONNES À CHARGE ☐ SANS PERSONNES À CHARGE							MONTANT DEMANDÉ

DÉMÉNAGEMENT							
DATE DU DÉMÉNAGEMENT			LOCALITÉ DE DÉPART			CODE DE LOCALITÉ	
ANNÉE	MOIS	JOUR					
			LOCALITÉ D'ARRIVÉE			CODE DE LOCALITÉ	
						MONTANT DEMANDÉ	
FRAIS D'ENTREPOSAGE			PÉRIODE DU			MONTANT DEMANDÉ	
			ANNÉE MOIS JOUR AU				
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)			DATE			MONTANT DE L'ESTIME (1)	

SORTIE							
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	
DU				AU			
NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE							Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes à charge qui ont effectué une sortie.

DÉPLACEMENT								
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
	ANNÉE	MOIS	JOUR					

1 – Ressourcement* ou perfectionnement	1 – Auto 2 – Avion	TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
2 – Sortie 3 – Déménagement	3 – Taxi 4 – Autres	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	
- Formation continue en GMF-U	
- Nom et numéro d'établissement du GMF-U	

Guide de facturation – Mesures incitatives

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

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES	
PROFESSIONNEL	
PRÉNOM Pierre	NOM UNTEL
N° DU PROFESSIONNEL 123456	N° DE L'ÉTABLISSEMENT 91292
ENDROIT DE PRATIQUE CLSC du CSSS de l'Hématite	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNEE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5
RESSOURCEMENT* ET PERFECTIONNEMENT 3	
JOUR QUANTIÈME 15	01 02 03 04 05 06 07 16 17
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	Note : Ne rien inscrire sur cette ligne.
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	258 258 258
PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5	
AU 2 0 A A 0 6 1 7	
TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 774 00	
PRIME D'ÉLOIGNEMENT	
PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU	ANNEE MOIS JOUR ☐ AVEC PERSONNES À CHARGE ☐ SANS PERSONNES À CHARGE
MONTANT DEMANDÉ	
DÉMÉNAGEMENT	
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNEE MOIS JOUR	LOCALITÉ DE DÉPART CODE DE LOCALITÉ
LOCALITÉ D'ARRIVÉE CODE DE LOCALITÉ	MONTANT DEMANDÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)	DATE ANNEE MOIS JOUR
MONTANT DE L'ESTIME (1)	MONTANT DE L'ESTIME (2)
SORTIE	
PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes à charge qui ont effectué une sortie.
DÉPLACEMENT 7	
TYPE DE MESURE 1	DATE ANNEE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5
MOYEN DE TRANSPORT 2	NOMBRE DE KM (AUTO) LOCALITÉ DE DÉPART Fermont
LOCALITÉ D'ARRIVÉE Montréal	MONTANT DEMANDÉ 525 00
1 = Ressourcement* ou perfectionnement 2 = Sortie 3 = Déménagement	
1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres	
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 525 00	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 8	
- Ateliers du programme de formation en accès adapté - Lettre d'entente n° 249.	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE Pierre Untel
DATE ANNEE MOIS JOUR A A 0 7 0 2	Régie de l'assurance maladie Québec
TRANSMETTEZ-NOUS UNE COPIE DU FORMULAIRE SIGNÉ ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.	
3336 292 2011 * Pour les médecins omnipraticiens, le terme « ressourcement » est modifié pour « séjour de formation ».	

Guide de facturation – Mesures incitatives

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

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES	
PROFESSIONNEL	
PRÉNOM Pierre	NOM UNTEL
N° DU PROFESSIONNEL 123456	N° DE L'ÉTABLISSEMENT 03307
ENDROIT DE PRATIQUE Hôpital de Maria	DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNEE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5
RESSOURCEMENT* ET PERFECTIONNEMENT 3	
JOUR QUANTIÈME 15	01 02 03 04 05 06 07 16 17
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	Note : Ne rien inscrire sur cette ligne.
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	258 258 258
PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5	
AU 2 0 A A 0 6 1 7	
TOTAL DEMANDE POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE 774 00	
PRIME D'ÉLOIGNEMENT	
PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR DU ANNEE MOIS JOUR	AVEC PERSONNES À CHARGE ☐ SANS PERSONNES À CHARGE ☐
MONTANT DEMANDÉ	
DÉMÉNAGEMENT	
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNEE MOIS JOUR	LOCALITÉ DE DÉPART CODE DE LOCALITÉ
LOCALITÉ D'ARRIVÉE CODE DE LOCALITÉ	MONTANT DEMANDÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE	PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU ANNEE MOIS JOUR
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)	DATE ANNEE MOIS JOUR
MONTANT DE L'ESTIME (1)	MONTANT DE L'ESTIME (2)
SORTIE	
PÉRIODE DU ANNEE MOIS JOUR AU ANNEE MOIS JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE
Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes à charge qui ont effectué une sortie.	
DÉPLACEMENT 7	
TYPE DE MESURE 1	DATE ANNEE MOIS JOUR 2 0 A A 0 6 1 5
MOYEN DE TRANSPORT 2	NOMBRE DE KM (AUTO) 2
LOCALITÉ DE DÉPART Maria	LOCALITÉ D'ARRIVÉE Montréal
MONTANT DEMANDÉ 525 00	
1 = Ressourcement* ou perfectionnement 2 = Sortie 3 = Déménagement 1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres	
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT 525 00	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 8	
- Formation se rapportant à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) - Lettre d'entente n° 335.	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE Pierre Untel
DATE ANNEE MOIS JOUR A A 0 7 0 2	Régie de l'assurance maladie Québec
TRANSMETTEZ-NOUS UNE COPIE DU FORMULAIRE SIGNÉ ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.	
3336 292 2011 * Pour les médecins omnipraticiens, le terme « ressourcement » est modifié pour « séjour de formation ».	

1.2.1.4 Section 4

Prime d'éloignement ou d'isolement

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

– **Période**

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

Les trimestres se répartissent comme suit :

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

2^e : août, septembre, octobre;

3^e : novembre, décembre, janvier;

4^e : février, mars, avril.

– **Avec ou sans personnes à charge**

Inscrire un « X » dans la case appropriée.

– **Montant demandé**

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

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

Exemple pour la section 4

PRIME D'ÉLOIGNEMENT ④									
PÉRIODE		ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT DEMANDÉ
DU	2	0	A	A	0	2	0	1	AU
	2	0	A	A	1	1	3	0	
☒ AVEC PERSONNES À CHARGE ☐ SANS PERSONNES À CHARGE									7 034 ¹ 17

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑧				
<u>Renseignement relatif aux dépendants</u>				
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien	

1.2.1.6 Section 6

Sortie

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

– **Période**

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

– **Nombre de personnes ayant effectué la sortie :**

Indiquer le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

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

1.2.1.7 Section 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement des frais de déplacement :

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

– **Type de mesure**

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

1 = Séjour de formation ou perfectionnement

2 = Sortie

3 = Déménagement

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

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

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

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

– **Date**

Date du déplacement (format année/mois/jour)

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

– Moyen de transport

Moyen de transport utilisé :

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

2 = Avion

3 = Taxi

4 = Autres

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

– Nombre de kilomètres (auto) :

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en auto.

– Localité de départ/Localité d'arrivée

– Montant demandé

– Total des frais de déplacement

Exemple pour les sections 6 et 7

SORTIE ⑥										
PERIODE		ANNEE	MOIS	JOUR	ANNEE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE		Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des personnes à charge qui ont effectué une sortie.
DU		2, 0	A, A	0, 6	AU	2, 0	A, A	0, 6	3	
DÉPLACEMENT ⑦										
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ		
	ANNEE	MOIS	JOUR							
2	2, 0	A, A	0, 6	1	1217	Fermont	Montréal	1 107 47		
1 = Ressourcement* ou perfectionnement 2 = Sortie 3 = Déménagement				1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres				TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		1 107 47
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										
Personnes qui ont effectué la sortie.										

1.2.1.8 Section 8

Renseignements complémentaires

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

Inscrire également si les montants d'allocation forfaitaire et les frais de déplacement sont demandés en relation avec des congés de perfectionnement, avec la formation continue en GMF-U, avec la formation selon la *Lettre d'entente n° 249* ou selon la *Lettre d'entente n° 335*.

1.2.1.9 Section 9

Signature du professionnel (à remplir obligatoirement)

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

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

Exemple pour les sections 8 et 9

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 8		
UNTEL, Julie	1968-05-04	conjointe
UNTEL, François	1995-04-27	fils

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL 9		DATE	MOIS	JOUR
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE Pierre Untel	ANNÉE A, A	MOIS 0, 7	JOUR 0, 2

Régie de l'assurance maladie
Québec

TRANSMETTEZ-NOUS UNE COPIE DU FORMULAIRE SIGNÉ ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.

3336 232 20/11
* Pour les médecins omnipratriciens, le terme « ressourcement » est modifié pour « séjour de formation ».

1.3 Expédition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 PAIEMENT

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

2.1 Mode de paiement

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

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

2.2 Délai de paiement

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

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

2.3 État de compte

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

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

2.3.1 Description

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

2.3.1.1 Renseignements généraux

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

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

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

ÉTAT DE COMPTE

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

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-09-26 (P) 20AA-09-16 (T)	OR-04	001 DE 002
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07			

1

UNTEL ROBERT
1125 RUE FICTIF
QUÉBEC QC
G1K 7T3

9

2

3

4

5

6

7

8

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :

Québec :(418) 643-8210

Montréal :(514) 873-3480

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

SOMMAIRE

OR341 - 4702 092007
VOIR AU VERSO

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

2.3.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **Descriptions des gains :** Mesures incitatives.
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transactions (TRA)**
6. **Détails des cumuls des plafonnements**
 - nom du plafonnement;
 - cumul par période;
 - montant du plafonnement par période.

Notes :

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

SOMMAIRE			
MESSAGES GÉNÉRAUX ①			
PAIEMENTS ET RETENUES ②			
PAIEMENTS			
DP ou facture payée		00000,00	
TOTAL DU PAIEMENT			00000,00
RETENUES			
Tarif Cpte Annuel	00000	00,00-	
TOTAL DES RETENUES			00,00-
MONTANT NET			00000,00
DESCRIPTION DES GAINS ③		00000,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ④			
Cotisation synd. F.M.O.Q.		0000,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ⑤			
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.			
DÉTAILS DES CUMULS DES PLAFONNEMENTS (POUR LE CYCLE EN COURS) ⑥			
PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ			
PLAFONDS DE GAINS	VOTRE CUMUL	PLAFONNEMENT	
- PLAF TRIMESTRIEL FMOQ	00 000,00\$	00 000,00\$	
MESSAGES			
- LE PLAFONNEMENT PLAF TRIMESTRIEL FMOQ A ÉTÉ ATTEINT LE 20AA-MM-JJ POUR LA PÉRIODE DU 20AA-MM-JJ AU 20AA-MM-JJ.			
REMARQUE:			
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE. EN CAS DE DÉSACCORD, VOIR L'ONGLET FACTURATION DE LA SECTION PROFESSIONNELS DU SITE DE LA RAMQ.			
FIN DU RELEVÉ			

OR341 - 4702 101620

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. N° DE LA DEMANDE :** Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives, par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION :** Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA0122, c'est-à-dire AA pour 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième).
- 3a. CODE TRA :** Numéros se référant à la nature de la transaction **TRA**.
- 4a. NATURE DU MONTANT :** Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- Type de mesure, soit :
- déménagement;
 - prime d'éloignement ou d'isolement;
 - séjour de formation;
 - sortie.
- Élément de mesure, soit :
- allocation forfaitaire;
 - autres frais;
 - demande d'avances;
 - déménagement;
 - déplacement;
 - prime d'éloignement ou d'isolement;
 - frais d'entreposage;
 - rémunération.
- 5a. TEMPS/KILOM. :** Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT :** Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM. :** Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a. MESSAGES :** Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE :** Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE :** Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé après révision.

OR344 4702 306 09/94

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

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

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

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

2.4.3 Paiement refusé en partie

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

2.4.4 Paiement refusé en totalité

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

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

2.4.5 Modification d'une demande déjà payée

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

2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement

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

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

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

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

2.5 Liste des codes de transaction

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

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

2.6 Liste des messages explicatifs

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

2.7 Calendriers de paiement

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

3 DEMANDE DE REVISION OU D'ANNULATION

3.1 Instructions pour effectuer une demande de révision

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

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

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

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

3.1.1 Pièces justificatives à joindre à la demande de révision

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Demande d'annulation

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

4 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

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

5 NOUS JOINDRE

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