

3. DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 3885) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire 3716)

3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* (3885) lorsque l'établissement demande le paiement de services internes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande de paiement permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation est requis pour respecter l'accord sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires.

Instructions générales :

- # - Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrire le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence des personnes assurées;
- Remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Signer la demande de paiement;
- Faire signer la déclaration d'assurance hospitalisation par la personne assurée;
- L'établissement doit conserver, dans ses dossiers, l'adresse de chaque personne assurée traitée;
- Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

Vous devez utiliser deux demandes de paiement distinctes lorsqu'il s'agit de deux périodes d'hospitalisation différentes.

Pour une période d'hospitalisation continue, chaque demande de paiement doit comporter les données requises pour son évaluation.

Une information incomplète peut entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.

La Régie dispose d'un délai de 12 mois, à compter de la date des services, pour facturer la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. **Toutefois, pour que ce délai soit respecté, vos demandes de paiement doivent être reçues à la Régie au plus tard 10 mois après la date des services.**

À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de réclamer les coûts des services. Il n'a pas le droit, non plus, de réclamer au patient le paiement des services ni de recourir à une agence de recouvrement. Mais, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consultez la section 6.3 *Adresses de correspondance des provinces et des territoires*).

Il est recommandé à l'établissement de faire parvenir ses demandes de paiement à la Régie deux fois par mois.

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire 3885*)

La demande de paiement comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Détails de la demande;
4. Renseignements complémentaires;
5. Attestation de l'établissement.

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement 1

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|----------|-------------|
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | | |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | PROVINCE | CODE POSTAL |

2- Patient 2

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|-------------------|----------------------------|----------------------------|
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » | | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) | | | |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> | DATE DE NAISSANCE | SEXE | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | ANNÉE MOIS JOUR | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | | | CODE POSTAL |

3- Détails de la demande 3

| | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|
| DATE D'ADMISSION | ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE CONGÉ | ANNÉE MOIS JOUR | GENRE DE SÉJOUR | ACCIDENT <input type="checkbox"/> | CODE | DÉCÈS <input type="checkbox"/> |
| CODE DE DIAGNOSTIC | | | | | | | |
| CODE D'INTERVENTION | | | | | | | |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION | | SITUATION LIEU ÉTENDUE | SITUATION LIEU ÉTENDUE | SITUATION LIEU ÉTENDUE | | | |

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

4- Renseignements complémentaires 4

5- Attestation de l'établissement 5

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

SPÉCIMEN

MAJ 22 / mai 2012 / 99

3

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**3.2.1 Établissement (section 1)****N° de contrôle externe :**

- 1) Ce numéro sert à retracer la demande de paiement sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement.
- 2) Inscrire un numéro de contrôle de votre choix (champ alphanumérique avec une possibilité de 15 caractères).
- 3) Vous devez utiliser un numéro de contrôle externe différent pour chaque demande de paiement.

Code de l'établissement : Inscrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de cinq chiffres).

L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrire la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrire le code postal de votre établissement.

3.2.1 Établissement (section 1 suite)

| | | |
|--|---|--|
| <p>Régie de l'assurance maladie Québec</p> | <p>Demande de paiement Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire</p> | <p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p> |
| | | <p>Numéro de contrôle externe</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E</p> |
| 1- Établissement | | |
| <p>CODE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>5 4 3 2 1 Centre hospitalier fictif</p> | | |
| <p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p> <p>333, rue des Convalescents</p> | | <p>PROVINCE CODE POSTAL</p> <p>Québec G 0 A 0 T 0</p> |
| 2- Patient | | |
| <p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p> | | <p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p> |
| <p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> | <p>PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE</p> | <p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p> <p>DATE DE NAISSANCE SEXE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> |
| <p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p> | | <p>CODE POSTAL</p> |
| SPÉCIMEN | | |
| 3- Détails de la demande | | |
| <p>DATE D'ADMISSION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> | <p>DATE DE CONGÉ</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> | <p>GENRE DE SÉJOUR ACCIDENT <input type="checkbox"/> CODE DÉCÈS <input type="checkbox"/></p> |
| <p>CODE DE DIAGNOSTIC</p> | | |
| <p>CODE D'INTERVENTION</p> | | |
| <p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p> | | |
| <p>DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> | <p>DATE DE FIN DE FACTURATION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> | <p>CODE DE SERVICE</p> |
| | | <p>TARIF JOURNALIER</p> |
| | | <p>NOMBRE DE JOURS</p> |
| | | <p>MONTANT FACTURÉ</p> |
| | | <p>TOTAL</p> |
| 4- Renseignements complémentaires | | |
| <p> </p> | | |
| 5- Attestation de l'établissement | | |
| <p>La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.</p> | | |
| <p>Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)</p> | | |
| <p>Signature de la personne autorisée _____</p> | | <p>DATE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> |
| <p>3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement</p> | | |

3.2.2 Patient (section 2)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à trois mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père.

Note : Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services internes fournis aux parents.

S'assurer que la carte est valide en vérifiant la date d'expiration.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

Date d'expiration de la carte : Inscrire la date d'expiration de la carte santé, s'il y a lieu.

Province qui a délivré la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date de naissance : Inscrire la date de naissance de la personne assurée selon le système international (AAAA - MM - JJ).

Sexe : Inscrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Nouveau-né : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

Adresse : Adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Code postal : Code postal correspondant à l'adresse permanente de la personne assurée.

3.2.3 Détails de la demande (Section 3)

Date d'admission : Inscire la date d'admission dans l'établissement.

Date de congé : Inscire la date de sortie de l'établissement.

Genre de séjour : Inscire s'il s'agit d'un séjour continu = **C**, non continu = **N**, ou encore s'il s'agit d'un transfert entre deux établissements = **T**.

Accident : Inscire le code correspondant au type d'accident, s'il y a lieu : **T** = Travail; **A** = Auto; **D** = Autres.

Décès : Cocher si la personne assurée est décédée lors de l'hospitalisation.

Code de diagnostic : Inscire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes de diagnostic.

Code d'intervention : Inscire le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des mala-dies* (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes d'intervention.

Attribut d'intervention : Inscire l'attribut dans la case prévue à cette fin lorsque le code d'intervention le prévoit.

Date de l'intervention ou de début de facturation : Inscire la première date d'hospitalisation facturée.

Date de fin de facturation : Inscire la dernière date d'hospitalisation facturée.

Si une personne assurée n'est hospitalisée qu'une seule journée (ex. le 2012-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

| | | |
|---|---|------------|
| # | DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : | 2012-04-21 |
| # | DATE DE FIN DE FACTURATION : | 2012-04-21 |

Code de service : Inscire le code (trois chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section 3.3, ci-après.

Série 100 – transplantation

100 acquisition d'organes hors Canada

101 cœur

102 cœur-poumons

103 poumons

104 foie

106 rein

108 rein et pancréas

Série 300 - implants

310 implant cochléaire

311 défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

Série 400 - tarif journalier (per diem)

401 courte durée

402 nouveau-né

405 intensif de courte durée

Série 600 - services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches

600 Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)

601 Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)

602 Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)

603 Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)

604 Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)

605 Greffe allogénique – chez l'adulte – donneur apparenté au patient

606 Greffe allogénique – chez l'enfant

607 Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté)

Tarif journalier : Inscrive le tarif journalier.

Nombre de jours : Inscrive le nombre de jour pour ce service.

Total : Inscrive le montant total. Lorsqu'il y a un changement du tarif journalier, utiliser des lignes différentes en inscrivant le montant facturé et le tarif journalier sur chacune des lignes.

3.2.3 Détails de la demande (section 3 suite)

Régie de l'assurance maladie Québec

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|----------|-------------|--|
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | | | | |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | PROVINCE | CODE POSTAL | |

2- Patient

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » | | | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) | | |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> | DATE DE NAISSANCE | SEXE | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | ANNÉE MOIS JOUR | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | CODE POSTAL | | |

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
| DATE D'ADMISSION | ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE CONGÉ | ANNÉE MOIS JOUR | GENRE DE SEJOUR | ACCIDENT | CODE | DÉCÈS |
| | 2 0 1 2 0 3 2 0 | | 2 0 1 2 0 4 1 5 | N | <input checked="" type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> |
| CODE DE DIAGNOSTIC | I 3 1 2 | | I 3 2 8 | | | | |
| CODE D'INTERVENTION | 1 H B 5 3 L A J A | | | | | | |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION | SITUATION | LIEU | ÉTENDUE | SITUATION | LIEU | ÉTENDUE | |
| | R | | A T | | | | |

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| 2 0 1 2 0 3 2 0 | 2 0 1 2 0 3 3 1 | 401 | 1 0 0 0 0 0 | 12 | 1 2 0 0 0 0 0 |
| 2 0 1 2 0 4 0 1 | 2 0 1 2 0 4 1 4 | 401 | 1 1 0 0 0 0 | 14 | 1 5 4 0 0 0 0 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | 2 7 4 0 0 0 0 |

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

10

MAJ 22 / mai 2012 / 99

3.2.4 Renseignements complémentaires (section 4)

Inscrire les renseignements supplémentaires, s'il y a lieu (ex. intervention coûteuse).

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

| | | |
|---------------------------------|------------------------|--|
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | |
| PROVINCE | CODE POSTAL | |

2- Patient

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|-------------------|------|-------------|
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » | | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) | | | |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE | PROVINCE QUI A DELIVRÉ LA CARTE | NOUVEAU-NÉ | DATE DE NAISSANCE | SEXE | |
| ANNÉE MOIS JOUR | | <input type="checkbox"/> | ANNÉE MOIS JOUR | M | F |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | | | CODE POSTAL |

3- Détails de la demande

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| DATE D'ADMISSION | DATE DE CONGÉ | GENRE DE SEJOUR | ACCIDENT | CODE | DÉCÈS |
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| CODE DE DIAGNOSTIC | | | | | |
| CODE D'INTERVENTION | | | | | |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION | | SITUATION | LIEU | ÉTENDUE | |
| | | | | | |

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

4- Renseignements complémentaires

Frais d'acquisition de cellules souches à l'étranger.

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée **PAUL UNTEL** (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée *Paul Untel*

DATE ANNÉE MOIS JOUR **20120510**

3885 266 06/03
Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2.5 Attestation de l'établissement (section 5)

Nom et prénom de la personne autorisée : Inscrire en lettres majuscules le nom et le prénom de la personne autorisée.

Signature de la personne autorisée : La signature de la personne autorisée est obligatoire.

Date : Inscrire la date de la signature de la personne autorisée.

3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION

3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)

Lorsque l'hospitalisation d'une personne assurée s'étend sur une longue période (ex: plus d'un mois), les frais d'hospitalisation peuvent être réclamés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

- # Vous devez fournir à la Régie les informations sur l'état de la personne pour justifier une hospitalisation de plus de 30 jours. La mise à jour sur l'état du patient doit être fournie à tous les 30 jours par la suite 60^e jour et le 90^e jour.

EXEMPLE (1^{re} demande de paiement)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|-------------|
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | | |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | |
| PROVINCE | | | CODE POSTAL |

2- Patient

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|-------------------|---|
| NUMÉRO DE LA - CARTE SANTÉ - | | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) | | |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> | DATE DE NAISSANCE | SEXE |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | ANNÉE MOIS JOUR | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | | CODE POSTAL |

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------------|------|--------------------------|
| DATE D'ADMISSION | DATE DE CONGÉ | GENRE DE SÉJOUR | ACCIDENT | CODE | DÉCÈS |
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 2 0 1 2 | 0 5 0 1 | C | | | |
| CODE DE DIAGNOSTIC: F 0 1 1 | | | | | |
| CODE D'INTERVENTION: 1 L A 8 4 L A X X Q | | | | | |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION: S | | | | | |

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| 2 0 1 2 0 5 0 1 | 2 0 1 2 0 5 3 1 | 401 | 1 1 0 0 0 0 | 31 | 3 4 1 0 0 0 0 |
| TOTAL | | | | | 3 4 1 0 0 0 0 |

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu) (suite)

EXEMPLE (2^e demande de paiement)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement

Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | |
| PROVINCE | CODE POSTAL |

2- Patient

| | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------|---|
| NUMÉRO DE LA - CARTE SANTÉ - | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) | | | |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> | DATE DE NAISSANCE | SEXE |
| ANNÉE MOIS JOUR | | | ANNÉE MOIS JOUR | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) | | | | CODE POSTAL |

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------|---------------------|-----------------|--------------------------|------|--------------------------|
| DATE D'ADMISSION | ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE CONGÉ | ANNÉE MOIS JOUR | GENRE DE SÉJOUR | ACCIDENT | CODE | DÉCÈS |
| | 2 0 1 2 0 5 0 1 | | 2 0 1 2 0 6 2 5 | N | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| CODE DE DIAGNOSTIC | F 0 1 1 | | | | | | |
| CODE D'INTERVENTION | 1 L A 8 4 L A X X Q | | | | | | |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION | S | | | | | | |

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| 2 0 1 2 0 6 0 1 | 2 0 1 2 0 6 2 4 | 401 | 1 1 0 0 0 0 | 24 | 2 6 4 0 0 0 0 |
| TOTAL | | | | | 2 6 4 0 0 0 0 |

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

MAJ 22 / mai 2012 / 99

13

3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)

Lorsqu'une intervention chirurgicale très coûteuse (code de la série 100 « transplantation ») est facturée, vous devez inscrire, dans la case *CODE DE SERVICE*, le code numérique qui correspond à l'intervention et le montant dans la case *MONTANT FACTURÉ*.


Vous devez inscrire, dans la case *DATE DE FIN DE FACTURATION*, la date de fin de toute la période couvrant la transplantation.

- Remarques :**
- 1) Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province de résidence du donneur.
 - 2) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province de résidence du receveur de l'organe.
 - 3) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que les frais de transport sont des services assurés par la province de résidence du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| 100 | = | acquisition d'organe hors Canada |
| 101 | = | coeur |
| 102 | = | coeur-poumons |
| 103 | = | poumons |
| 104 | = | foie |
| 106 | = | rein |
| 108 | = | rein et pancréas |

3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation) (suite)

Régie de l'assurance maladie Québec 

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec
à un résident d'une autre province ou
d'un territoire

Numéro de contrôle externe _____

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT _____ NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

ADRESSE (numéro, rue, localité) _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

2- Patient

NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ - _____ NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) _____

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNEE MOIS JOUR _____ PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE _____ NOUVEAU-NÉ DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR _____ SEXE M F

ADRESSE (numéro, rue, localité) _____ CODE POSTAL _____

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION >| ANNEE MOIS JOUR _____ DATE DE CONGÉ >| ANNEE MOIS JOUR _____ GENRE DE SÉJOUR N ACCIDENT CODE _____ DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC | Z | 9 | 4 | 1 | _____

CODE D'INTERVENTION | 1 | H | Z | 8 | 5 | L | A | X | X | K | _____

ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| 2 0 1 2 0 4 0 1 | 2 0 1 2 0 5 2 8 | 101 | | | 1 1 5 4 1 6 0 0 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | 1 1 5 4 1 6 0 0 |

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____

Signature de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

DATE ANNEE MOIS JOUR _____

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

#

3.3.3 Implants spéciaux

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec
à un résident d'une autre province ou
d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité) PROVINCE CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNEE MOIS JOUR PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE NOUVEAU-NÉ DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR SEXE M F

ADRESSE (numéro, rue, localité) CODE POSTAL

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION ANNEE MOIS JOUR DATE DE CONGÉ ANNEE MOIS JOUR GENRE DE SÉJOUR ACCIDENT CODE DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC H 9 1 2

CODE D'INTERVENTION 1 D M 5 3 L A L K

ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNEE MOIS JOUR | ANNEE MOIS JOUR | | | | |
| 2 0 1 2 0 5 0 1 | 2 0 1 2 0 5 2 0 | 401 | 1 1 0 0 0 0 | 20 | 2 2 0 0 0 0 |
| 2 0 1 2 0 5 0 2 | | 310 | | | 3 4 0 0 0 0 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | 5 6 0 0 0 0 |

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée (LETTRES MAJUSCULES) DATE ANNEE MOIS JOUR

3885 269 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.3.3 Implants spéciaux

Les implants spéciaux doivent être facturés selon le prix d'acquisition plus le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Veuillez annexer à la demande de paiement, la facture qui justifie le prix de l'implant. L'implant doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire, dans la case **DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION**, la date de l'intervention, dans la case **CODE DE SERVICE**, le code numérique correspondant à l'implant et, dans la case **MONTANT FACTURÉ**, le prix de l'implant.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : implants

- 310 = implant cochléaire
- 311 = défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Le tarif de la greffe de la moelle osseuse et des cellules souches de la série des codes 600 remplace le tarif journalier d'hospitalisation.

Lorsque le séjour est supérieur au séjour maximal, le tarif quotidien majoré est ajouté pour chaque jour au-delà du séjour maximal. Dans ce cas, une nouvelle ligne de service doit être utilisée pour facturer cette période.

Veillez inscrire dans la case *DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION*, la date de l'intervention, dans la case *DATE DE FIN FACTURATION*, la date de fin de la facturation, dans la case *CODE DE SERVICE* le code numérique correspondant à l'intervention, dans la case *TARIF JOURNALIER*, le tarif journalier en fonction du code de l'intervention et dans la case *MONTANT FACTURÉ*, le tarif de l'intervention ou le montant facturé.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 600 : greffe de moelle osseuse et de cellules souches

- 600 = Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)
- 601 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)
- 602 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)
- 603 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)
- 604 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)
- 605 = Greffe allogénique – chez l'adulte (donneur apparenté au patient)
- 606 = Greffe allogénique – chez l'enfant
- 607 = Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté - DCNA)

3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches (exemple)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT _____ NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

ADRESSE (numéro, rue, localité) _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » _____ NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) _____

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR _____ PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE _____ NOUVEAU-NÉ DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR _____ SEXE M F

ADRESSE (numéro, rue, localité) _____ CODE POSTAL _____

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR _____ DATE DE CONGÉ ANNÉE MOIS JOUR _____ GENRE DE SÉJOUR _____ ACCIDENT CODE _____ DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC _____

CODE D'INTERVENTION _____

ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE _____

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR | ANNÉE MOIS JOUR | | | | |
| 2 0 1 2 0 4 0 1 | 2 0 1 2 0 4 1 6 | 603 | | 16 | 5 6 4 7 5 0 0 |
| 2 0 1 2 0 4 1 7 | 2 0 1 2 0 4 2 8 | 603 | 1 7 2 3 0 0 | 12 | 2 5 1 0 4 0 0 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | 8 1 5 7 9 0 0 |

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR _____

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (*formulaire n° 3716*)

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Résidence temporaire au Québec;
4. Déménagement permanent au Québec;
5. Déclaration du patient ou de son représentant.

3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire n° 3716) (suite)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Régie de l'assurance maladie Québec | | Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory | | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK | |
| Établissement 1 Code de l'établissement Nom de l'établissement | | Date d'admission Année Mois Jour | | Numéro de contrôle externe/External control number | |
| Adresse (numéro, rue, localité) CODE POSTAL | | | | | |
| Patient 2 Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card | | | | | |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER | | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters | | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Date de naissance - Birthdate ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY | | Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Province ayant délivré la carte Province that issued card | |
| Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card | | Date d'expiration de la carte Expiry date of card | | CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) Province | | | | | |
| Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec 3 | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) | | Province Québec | | CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin | | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay | | | |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT | | <input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION: | | DU - FROM | |
| <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN | | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM OF FACILITY/HOSPITAL) | | AU - TO | |
| <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS | | <input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY: | | Année Mois Jour Year Month Day | |
| <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec): | | Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province | | | |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) | | Province | | CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| Numéro de téléphone Phone Number | | () | | | |
| Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec 4 | | | | | |
| Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec | | Province Québec | | CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card | | Province | | CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card | | Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec | | ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY | |
| Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative 5 | | | | | |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. | | | | | |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION | | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) | | Date | |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters | | Lien avec le patient Relationship to patient | | <input type="checkbox"/> Préciser Specify | |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient | | Province | | CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient | | Numéro de téléphone Phone Number | | () | |
| 3716 266 04/09 Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient | | | | | |

3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION**3.5.1 Établissement** (*section 1*)

Code de l'établissement : Inscrive le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de cinq chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrive le nom de l'établissement.

Adresse : Inscrive l'adresse complète de l'établissement.

Province : Inscrive la province de l'établissement.

Code postal : Inscrive le code postal dans la case prévue à cette fin.

N° de contrôle externe : Inscrive votre numéro de contrôle (maximum 15 caractères alphanumériques).

3.5.1 Établissement (section 1) exemple

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Régie de l'assurance maladie Québec | | Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory | | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK | |
| Établissement | | Numéro de contrôle externe/External control number 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E | | | |
| Code de l'établissement 5 4 3 2 1 | | Nom de l'établissement Centre hospitalier fictif | | Date d'admission Année: 2 0 0 9 Mois: 0 4 Jour: 0 1 | |
| Adresse (numéro, rue, localité) 333, rue des Convalescents | | | | CODE POSTAL G 0 A 0 T 0 | |
| Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card | | | | | |
| NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ - HEALTH CARD NUMBER | | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters | | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Date de naissance - Birthdate ANNEE MONTH JOUR DAY | | Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Province ayant délivré la carte Province that issued card | |
| Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card | | Date d'expiration de la carte Expiry date of card | | ANNEE Mois JOUR DAY | |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) | | | | Province CODE POSTAL POSTAL CODE | |
| Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) | | | | Province Québec CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte): Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin | | | | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay | |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec): | | | | DU - FROM AU - TO ANNEE Mois JOUR DAY ANNEE Mois JOUR DAY | |
| ÉTUDES: Éducation: NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM OF PUBLIC INSTITUTION) PRÉCISER: Specify: | | | | Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province | |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) | | | | Province CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec | | | | | |
| Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec | | | | Province Québec CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card | | | | Province CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card | | | | Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec | |
| Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative | | | | | |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. | | | | | |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION | | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) | | Date | |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters | | Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify | | | |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient | | | | Province CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient | | | | () | |

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

3.5.2 Patient (section 2)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à trois mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père. S'assurer que la carte est valide en vérifiant la date d'expiration.

- # **Note :** Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services internes fournis aux parents.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé (nom de famille, à la naissance). Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone du patient.

Date de naissance : Inscrire la date de naissance de la personne assurée selon le système international (AAAA - MM - JJ).

Sexe : Inscrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Province émettrice de la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date d'entrée en vigueur de la carte : Inscrire la date d'entrée en vigueur de la carte, s'il y a lieu.

Date d'expiration de la carte : Inscrire la date d'expiration indiquée sur la carte santé, s'il y a lieu.

Nouveau-né : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

- # **Adresse :** Adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Province : Province de la personne assurée.

Code postal : Code postal de l'adresse permanente de la personne assurée.

3.5.2 Patient (section 2) exemple

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| Régie de l'assurance maladie Québec | | Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory | | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK | |
| Établissement Code de l'établissement Nom de l'établissement | | Numéro de contrôle externe/External control number | | | |
| Adresse (numéro, rue, localité) | | Date d'admission Année Mois Jour CODE POSTAL | | | |
| Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card | | | | | |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 SMITH JOHN | | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters | | Numéro de téléphone Phone Number (123) 456-7890 | |
| Date de naissance - Birthdate ANNEE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY 1967 12 01 | | Sexe - Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Province ayant délivré la carte Province that issued card Ontario | |
| Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card | | Date d'expiration de la carte Expiry date of card 2013 12 01 | | Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) 123, rue du Patient, Ville du Patient | |
| Province Ontario | | CODE POSTAL POSTAL CODE K 1 H 0 T 0 | | | |
| Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) | | Province Québec | | CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin | | | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay | | |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec): | | | <input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION PRÉCISER : SPECIFY : | | |
| DU - FROM Année Year Mois Month Jour Day | | | AU - TO Année Year Mois Month Jour Day | | |
| Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province | | | ANNEE YEAR MOIS MONTH | | |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) | | Province | | CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec | | | | | |
| Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec | | Province Québec | | CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card | | Province | | CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card | | Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec | | ANNEE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY | |
| Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative | | | | | |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont vérifiées et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare pour le patient que je représente être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. | | | | | |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION | | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) | | Date | |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters | | Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify | | | |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient | | Province | | CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number | |
| 3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient | | | | | |

3.5.3 Résidence temporaire au Québec (section 3)

Adresse (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Province : Ce champ est toujours Québec.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone du patient lors de son séjour au Québec.

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine émettrice de la carte : Il faut cocher l'une des cases suivantes :

Vacances/en transit

Recommandation d'un médecin

Emploi temporaire/affaires

Études : Si cette case est cochée, indiquer le nom de l'établissement d'enseignement.

Préciser : Dans tous les autres cas, cocher cette case et préciser la raison.

Durée prévue du séjour : Inscrire la date de début et de fin prévue du séjour.

Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Inscrire le nom de la province.

Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province : Inscrire la date.

Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence dans la province en question.

Province : Inscrire la province.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du patient dans cette province.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient dans cette province.

3.5.3 Résidence temporaire au Québec (section 3)

| <p>Régie de l'assurance maladie Québec</p> | <p>Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory</p> | <p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------|---------------|-------------|---------|--|--|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|------|----|----|------|----|----|
| <p>Établissement</p> <p>Code de l'établissement _____ Nom de l'établissement _____</p> <p>Adresse (numéro, rue, localité) _____</p> | | <p>Numéro de contrôle externe/External control number _____</p> <p>Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____</p> <p>CODE POSTAL _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ - HEALTH CARD NUMBER _____</p> <p>Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____</p> <p>Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> | <p>Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters _____</p> <p>Province ayant délivré la carte Province that issued card _____</p> <p>Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____</p> <p>Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____</p> | <p>Numéro de téléphone Phone Number _____</p> <p>Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____</p> <p>Province _____</p> <p>CODE POSTAL POSTAL CODE _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) 123, rue de l'Hôtel, Québec</p> | <p>Province Québec</p> | <p>CODE POSTAL POSTAL CODE G 1 C 0 T 0</p> <p>Numéro de téléphone Phone Number (418) 123-4567</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT</p> <p><input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN</p> <p><input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):</p> | | <p>Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DU - FROM</th> <th colspan="3">AU - TO</th> </tr> <tr> <th>Année Year</th> <th>Mois Month</th> <th>Jour Day</th> <th>Année Year</th> <th>Mois Month</th> <th>Jour Day</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2012</td> <td>04</td> <td>01</td> <td>2012</td> <td>04</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p>Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____</p> <p>Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) _____</p> <p>Province _____</p> <p>CODE POSTAL POSTAL CODE _____</p> <p>Numéro de téléphone Phone Number _____</p> | DU - FROM | | | AU - TO | | | Année Year | Mois Month | Jour Day | Année Year | Mois Month | Jour Day | 2012 | 04 | 01 | 2012 | 04 | 10 |
| DU - FROM | | | AU - TO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Année Year | Mois Month | Jour Day | Année Year | Mois Month | Jour Day | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2012 | 04 | 01 | 2012 | 04 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec _____</p> | <p>Province Québec</p> | <p>CODE POSTAL POSTAL CODE _____</p> <p>Numéro de téléphone Phone Number _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card _____</p> | <p>Province _____</p> | <p>CODE POSTAL POSTAL CODE _____</p> <p>Numéro de téléphone Phone Number _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</p> <p>Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the <i>Canada Evidence Act</i>. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION _____</p> | <p>SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) _____</p> | <p>Date _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters _____</p> | <p>Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient</p> | <p>Province _____</p> | <p>CODE POSTAL POSTAL CODE _____</p> <p>Numéro de téléphone Phone Number _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.5.4 Installation permanente au Québec (section 4)

Adresse permanente au Québec : Inscire l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Province : Ce champ est toujours Québec.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone permanent du patient au Québec.

Dernière adresse dans la province ayant délivré la carte santé : Inscire la dernière adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Province : Province qui a délivré la carte santé.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone dans la province qui a délivré la carte santé.

Date du départ de la province ayant délivré la carte santé : Inscire la date du départ de la province qui a délivré la carte santé.

Date du début de l'installation permanente au Québec : Inscire la date à laquelle la personne a commencé à résider de façon permanente au Québec.

3.5.4 Installation permanente au Québec (section 4)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Régie de l'assurance maladie Québec | | Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory | | -NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK- | |
| Établissement | | Numéro de contrôle externe/External control number: _____ | | | |
| Code de l'établissement _____ | | Nom de l'établissement _____ | | Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____ | |
| Adresse (numéro, rue, localité) _____ | | | | CODE POSTAL _____ | |
| Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card | | | | | |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER _____ | | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters _____ | | Numéro de téléphone Phone Number _____ | |
| Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____ | | Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Province ayant délivré la carte Province that issued card _____ | |
| Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____ | | Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____ | | Province _____ | |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____ | | | | CODE POSTAL POSTAL CODE _____ | |
| Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) _____ | | Province Québec | | CODE POSTAL POSTAL CODE _____ | |
| Numéro de téléphone Phone Number _____ | | Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin | | | |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT | | <input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION: _____ | | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay | |
| <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN | | <input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY: _____ | | DU - FROM Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____ | |
| <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS | | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NAME OF FACILITY) _____ | | AU - TO Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____ | |
| <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec): | | Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ | | Province _____ | |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) _____ | | CODE POSTAL POSTAL CODE _____ | | Numéro de téléphone Phone Number _____ | |
| Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec | | | | | |
| Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec 123, rue Nouvelle, Québec | | Province Québec | | CODE POSTAL POSTAL CODE G 1 C 0 T 0 | |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card 123, rue du Patient, Ville du Patient | | Province Ontario | | CODE POSTAL POSTAL CODE K 1 H 0 T 0 | |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card 2 0 1 1 2 0 4 0 1 | | <input checked="" type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec 2 0 1 1 2 0 4 0 2 | | Numéro de téléphone Phone Number (418) 123-4567 | |
| (123) 456-7890 | | () | | | |
| Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative | | | | | |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. | | | | | |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION _____ | | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) _____ | | Date _____ | |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters _____ | | Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian | | <input type="checkbox"/> Préciser Specify _____ | |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient | | Province _____ | | CODE POSTAL POSTAL CODE _____ | |
| Numéro de téléphone Phone Number _____ | | () | | | |
| 3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient | | | | | |

3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

Signature de la personne qui fait cette déclaration : Le patient ou son représentant est tenu de signer la déclaration du patient.

Signature du témoin (représentant de l'hôpital) : La signature du représentant est obligatoire.

Date : Date de la signature de la déclaration.

Nom : Nom du représentant du patient (lettres majuscules). Si ce n'est pas le patient qui signe la déclaration, il faut indiquer ici le nom du représentant du patient.

Lien avec le patient : Il faut indiquer le lien avec le patient en cochant la case *PÈRE, MÈRE OU TUTEUR* ou encore la case *PRÉCISER* en indiquant le lien sur la ligne.



Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient : Inscrire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

Province : Inscrire la province du représentant du patient.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du représentant du patient.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du représentant du patient.

3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|----------------------------|
| Régie de l'assurance maladie Québec | | Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory | | | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK | |
| | | | | | Numéro de contrôle externe/External control number | |
| Établissement | | | | | | |
| Code de l'établissement | | Nom de l'établissement | | | Date d'admission Année Mois Jour | |
| Adresse (numéro, rue, localité) | | | | | CODE POSTAL | |
| Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card | | | | | | |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER | | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters | | | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Date de naissance - Birth date Année Mois Jour | | Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Province ayant délivré la carte Province that issued card | Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card | Date d'expiration de la carte Expiry date of card | |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) | | | | | Province | CODE POSTAL POSTAL CODE |
| Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec | | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) | | | Province Québec | CODE POSTAL POSTAL CODE | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin | | | | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay | | |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec): | | | | ÉTUDES : EDUCATION : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION PRÉCISER : SPECIFY : | | |
| | | | | DU - FROM | AU - TO | |
| | | | | Année Year | Mois Month | Jour Day |
| | | | | Année Year | Mois Month | Jour Day |
| | | | | ANNÉE YEAR | MOIS MONTH | |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) | | | Province | CODE POSTAL POSTAL CODE | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec | | | | | | |
| Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec | | | Province Québec | CODE POSTAL POSTAL CODE | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card | | | Province | CODE POSTAL POSTAL CODE | Numéro de téléphone Phone Number | |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card | | | Année Year | Mois Month | Jour Day | |
| | | | <input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec | Année Year | Mois Month | Jour Day |
| Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative | | | | | | |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the <i>Canada Evidence Act</i> . In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. | | | | | | |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION | | | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) | | Date | |
|  | | |  | | 2012-04-01 | |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters | | | Lien avec le patient Relationship to patient | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify | | | |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient | | | Province | CODE POSTAL POSTAL CODE | Numéro de téléphone Phone Number | |
| <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient | | | | | | |

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

3.6 EXPÉDITION

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation **doit être conservé dans les dossiers de l'établissement**. Sur demande de la Régie, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Facturation interprovinciale
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE

La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

- # Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.