

3. DEMANDE DE PAIEMENT

SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE (formulaire 2597)

3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* (2597) lorsque l'établissement demande le paiement de services externes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur ce formulaire permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée.

Instructions générales :

- # - Remplir le formulaire en lettres détachées;
- 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 du formulaire selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Signer la demande de paiement;
- 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.

Règle : Si plus d'un service est rendu au cours d'une même séance, seul le service le mieux rémunéré doit être facturé.

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.

Régie de l'assurance maladie Québec		Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE	
				Numéro de contrôle externe 1	
1- Établissement					
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT 2		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT 3			
ADRESSE (numéro, rue, localité) 4			PROVINCE 5	CODE POSTAL 6	
2- Détails de la demande					
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES 7			NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE 8		
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » 9		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) 11			CODE DE SERVICE 17
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR 12		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> 13	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 14	SEXE M/F 15	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 16
A CODE DE DIAGNOSTIC 18					
CODE D'INTERVENTION 19					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE 20					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU 21					
B CODE DE DIAGNOSTIC					
CODE D'INTERVENTION					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU					
C CODE DE DIAGNOSTIC					
CODE D'INTERVENTION					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU					
TOTAL				23	
3- 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 24				DATE ANNÉE MOIS JOUR	

2597 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.1 DESCRIPTION (*Formulaire n° 2597*)

- # La demande de paiement comporte 24 parties réparties en 3 sections :
- # **Section 1: Établissement**
 - 1. Numéro de contrôle externe;
 - 2. Code de l'établissement;
 - 3. Nom de l'établissement;
 - 4. Adresse de l'établissement;
 - 5. Province de l'établissement;
 - 6. Code postal de l'établissement;
- # **Section 2 : Détails de la demande**
 - 7. Code de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées;
 - 8. Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées;
 - 9. Numéro de ligne;
 - 10. Numéro de la « carte santé »;
 - 11. Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte;
 - 12. Date d'expiration de la carte;
- # 13. Indicateur de nouveau-né;
- # 14. Date de naissance de la personne assurée;
- # 15. Sexe de la personne assurée;
- 16. Date du service;
- 17. Code de service;
- 18. Code de diagnostic;
- 19. Code d'intervention;
- # 20. Attribut d'intervention;
- 21. Renseignements complémentaires;
- 22. Tarif du service;
- 23. Coût total des services;
- # **Section 3 : Attestation de l'établissement**
 - 24. Attestation de l'établissement.

<p>Régie de l'assurance maladie Québec</p>	<p>Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p>
		<p>Numéro de contrôle externe A B C D E 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
1- Établissement		
<p>CODE DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>5 4 3 2 1</p>	<p>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Centre hospitalier fictif</p>	
<p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p> <p>270, des Convalescents</p>		<p>PROVINCE</p> <p>Québec</p>
		<p>CODE POSTAL</p> <p>G 0 K 0 T 0</p>
2- Détails de la demande		
<p>CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES</p>		<p>NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE</p>
<p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p>	<p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p>	<p>CODE DE SERVICE</p>
<p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
	<p>SEXE</p> <p>M/F</p>	<p>DATE DU SERVICE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
<p>A</p> <p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>		
<p>CODE D'INTERVENTION</p>		
<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>		
<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>		
SPÉCIMEN		
<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>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
	<p>SEXE</p> <p>M/F</p>	<p>DATE DU SERVICE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
<p>B</p> <p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>		
<p>CODE D'INTERVENTION</p>		
<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>		
<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>		
<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>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
	<p>SEXE</p> <p>M/F</p>	<p>DATE DU SERVICE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
<p>C</p> <p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>		
<p>CODE D'INTERVENTION</p>		
<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>		
<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>		
		<p>TOTAL ▶</p>
3- 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 _____ (LETTRES MAJUSCULES)</p>		<p>DATE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**1. Numéro de contrôle externe :**

1. Ce numéro sert à retracer une demande sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir section 4.2).
2. Inscrire un numéro de contrôle externe 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.

2. Code de l'établissement :

Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué par la Régie (numéro à cinq chiffres).

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

3. Nom de l'établissement :

Inscrire le nom de l'établissement.

4. Adresse de l'établissement :

Inscrire l'adresse complète de l'établissement.

5. Province de l'établissement :

Inscrire la province de votre établissement (Québec).

6. Code postal de l'établissement :

Inscrire le code postal de votre établissement.

<p>Régie de l'assurance maladie Québec</p> <p>Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p>
<p>Numéro de contrôle externe</p>	
1- Établissement	
<p>CODE DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p>	<p>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>PROVINCE</p> <p>CODE POSTAL</p>
2- Détails de la demande	
<p>CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES: 09</p> <p>NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE: Terre-Neuve</p>	
<p>A</p> <p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »: 123456789012</p> <p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES): DOE JOHN</p> <p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE: ANNÉE 20, MOIS 01, JOUR 31</p> <p>NOUVEAU-NÉ: <input type="checkbox"/></p> <p>DATE DE NAISSANCE: ANNÉE 19, MOIS 04, JOUR 09</p> <p>SEXE: M/F: M</p> <p>DATE DU SERVICE: ANNÉE 20, MOIS 01, JOUR 12</p> <p>CODE DE DIAGNOSTIC: I312</p> <p>CODE D'INTERVENTION: I328</p> <p>ATTRIBUT D'INTERVENTION: 1H B53 L A J A</p> <p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>	<p>CODE DE SERVICE: 0,2</p> <p>TARIF DU SERVICE: 1150,00</p>
<p>B</p> <p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »: 123456789012</p> <p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES): DOE JOHN</p> <p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE: ANNÉE 20, MOIS 01, JOUR 31</p> <p>NOUVEAU-NÉ: <input type="checkbox"/></p> <p>DATE DE NAISSANCE: ANNÉE 19, MOIS 04, JOUR 09</p> <p>SEXE: M/F: M</p> <p>DATE DU SERVICE: ANNÉE 20, MOIS 01, JOUR 20</p> <p>CODE DE DIAGNOSTIC</p> <p>CODE D'INTERVENTION</p> <p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>	<p>CODE DE SERVICE: 0,1</p> <p>TARIF DU SERVICE: 270,00</p>
<p>C</p> <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>NOUVEAU-NÉ</p> <p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>SEXE</p> <p>DATE DU SERVICE</p> <p>CODE DE DIAGNOSTIC</p> <p>CODE D'INTERVENTION</p> <p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>	
<p>TOTAL 1420,00</p>	
3- 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: R. UNTEL</p> <p>Signature de la personne autorisée: <i>R. Untel</i></p> <p>DATE: ANNÉE 20, MOIS 01, JOUR 31</p>	

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**7. Code de la province de résidence ou du territoire des personnes assurées :**

Inscrire le code correspondant à la province ou au territoire qui a délivré la carte santé. Utiliser un formulaire par province et par territoire.

Alberta	02
Colombie-Britannique	01
Ile-du-Prince-Édouard	08
Manitoba	04
Nouveau-Brunswick	06
Nouvelle-Écosse	07
Nunavut	14
Ontario	05
Saskatchewan	03
Terre-Neuve et Labrador	09
Territoires du Nord-Ouest	10
Yukon	11

8. Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées :

Inscrire le nom de la province ou du territoire de résidence qui a délivré la carte santé.

9. Ligne de service :

La ligne de service correspond aux lettres A, B et C de la section 2 : *Détails de la demande*.

10. 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 nouveaux-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 aux parents les services externes fournis.

11. Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :

Inscrire le nom de famille ainsi que le prénom de la personne assurée **qui figurent sur la carte**.

12. Date d'expiration de la carte :

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

13. Indicateur de nouveau-né :

Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé.

14. Date de naissance de la personne assurée :

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

15. Sexe de la personne assurée :

Inscrire le sexe de la personne assurée (F = Féminin, M = Masculin).

16. Date du service :

Inscrire la date du service selon le système international (AAAA-MM-JJ).

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**17. Code de service :**

Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe standard	01
Chirurgie d'un jour (incluant le traitement d'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque).	02
Hémodialyse	03
Tomographie avec ordinateur	04
Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service.	05
Visite et traitement par chimiothérapie	06
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
# Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)	08
Imagerie par résonance magnétique	11
Service de radiothérapie	12
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	13
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	15

18. Code de diagnostic :

Inscrire obligatoirement le code de diagnostic selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) principal lorsque le service est rendu en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes de diagnostic.

19. Code d'intervention :

Inscrire obligatoirement le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes d'intervention.

20. Attribut d'intervention :

Inscrire les informations précisant le code d'intervention si celui-ci prévoit un attribut.

21. Renseignements complémentaires :

Inscrire tout renseignement important pouvant aider au traitement de votre demande.

22. Tarif du service :

Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section 5. *Tarifs interprovinciaux*).

23. Coût total des services :

Inscrire le coût total de tous les services (faire la somme des montants inscrits dans la colonne *TARIF DU SERVICE* de la demande de paiement).

24. Attestation de l'établissement :

Chaque formulaire doit être signé par une personne autorisée par l'établissement. La signature doit être manuscrite.

3.3 EXPÉDITION

La première copie du formulaire doit être expédiée à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.4 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 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.