



Rappel sur la facturation des services rendus aux enfants âgés de moins d'un an ne pouvant présenter une carte d'assurance maladie

La Régie veut vous rappeler l'importance de remplir adéquatement les demandes de paiement pour les enfants âgés de moins d'un an **ne pouvant présenter une carte d'assurance maladie**. Afin d'éviter le refus de paiement des services, nous vous demandons de vous conformer aux instructions de facturation spécifiques décrites ci-dessous.

1. Instructions de facturation

Lorsque vous remplissez une demande de paiement, vous devez :

- inscrire **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);
- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case *C.S.* (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;
- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (**ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

2. Particularités pour les enfants qui n'ont pas encore de prénom

Si l'enfant âgé de moins d'un an n'a pas encore de prénom, vous devez inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque comme prénom ne doit être utilisée. Il est essentiel** d'inscrire un astérisque comme prénom afin que la demande de paiement puisse être évaluée correctement.

3. Particularités pour les naissances multiples

Lors d'une naissance multiple, vous devez **utiliser une demande de paiement par enfant** et la remplir de la même façon que pour les autres enfants âgés de moins d'un an. **Toutefois**, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de la demande de paiement, vous devez indiquer la mention « Jumeau A » pour le premier-né, la mention « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

À la [partie I](#) de la présente infolettre, vous trouverez différents exemples de facturation pour des services rendus à des enfants âgés de moins d'un an ne pouvant présenter une carte d'assurance maladie.

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone

Québec	418 643-8210
Montréal	514 873-3480
Ailleurs	1 800 463-4776

Télexcopieur

Québec	418 646-9251
Montréal	514 873-5951

NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE

DU LUNDI AU VENDREDI,
DE 8 H 30 À 16 H 30
(MERCREDI DE 13 H À 16 H 30)

4. Manuel de facturation

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *RÉDACTION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT*

Les instructions de facturation de vos manuels de facturation respectifs ont été modifiées pour préciser les informations à inscrire sur la demande de paiement pour les enfants âgés de moins d'un an ne pouvant présenter une carte d'assurance maladie.

Dans la section 4.2.1.4 de l'onglet *Rédaction d'une demande de paiement* du manuel des médecins omnipraticiens et dans la section 3.2.1.4 de l'onglet *Rédaction d'une demande de paiement* du manuel des médecins spécialistes, le texte 1 a) sous le titre LA PERSONNE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE est remplacé comme suit :

a) L'enfant est âgé de moins d'un an :

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);
 - **Exception** : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**
- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case *C.S.* (même s'il s'agit d'un cas d'urgence);
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;
- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.



Exemples de facturation pour des services rendus à des enfants âgés de moins d'un an ne pouvant présenter une carte d'assurance maladie

Exemple 1 :

Informations sur l'enfant :

- Prénom : Coralie
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Féminin
- Date de naissance : 1^{er} octobre 2010
- Adresse : 100, rue Fictive, Québec, G9W 9W9

Informations sur un des parents :

- Prénom : Philippe
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Masculin
- Date de naissance : 16 août 1976
- Numéro d'assurance maladie : Non disponible

Formulaire *Demande de paiement – Médecin n° 1200* adéquatement rempli :

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (Ne rien inscrire.)		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE Coralie Vaillancourt		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE 2010 10 01 F		ANNEE MOIS		R. MOD. UNITES HONORAIRES	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec		CODE POSTAL G9W9W9		DATE DE L'ACCIDENT	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO GROUPE		C.S. DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES Phillippe Vaillancourt M 1976-08-16		CODE DU DIAGNOSTIC		CODE NUMÉRE	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				TOTAL	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

Exemple 2 :

Informations sur l'enfant :

- Prénom : Indéterminé
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Féminin
- Date de naissance : 1^{er} octobre 2010
- Adresse : 100, rue Fictive, Québec, G9W 9W9

Informations sur un des parents :

- Prénom : Philippe
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Masculin
- Date de naissance : 16 août 1976
- Numéro d'assurance maladie : VAIP 7608 1600

Formulaire *Demande de paiement – Médecin n° 1200* adéquatement rempli :

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (Ne rien inscrire.)		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE * Vaillancourt		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE 2010 10 01 F		ANNEE MOIS JOUR SEXE		ANNEE MOIS JOUR PH. CODE	
ADRESSE 100, rue Fictive, Québec		CODE POSTAL G9W9W9		MOD. UNITES HONORAIRES	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		CODE NOMBRE	
VAIP 7608 1600		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL	
CODE		ÉTABLISSEMENT DATE D'ARRIVÉE ANNEE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

Exemple 3 :

Informations sur jumeau A :

- Prénom : Indéterminé
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Féminin
- Date de naissance : 1^{er} octobre 2010
- Adresse : 100, rue Fictive, Québec, G9W 9W9

Informations sur jumeau B :

- Prénom : Mathieu
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Masculin
- Date de naissance : 1^{er} octobre 2010
- Adresse : 100, rue Fictive, Québec, G9W 9W9

Informations sur un des parents :

- Prénom : Philippe
- Nom : Vaillancourt
- Sexe : Masculin
- Date de naissance : 16 août 1976
- Numéro d'assurance maladie : VAIP 7608 1600

Formulaires *Demande de paiement – Médecin n° 1200* adéquatement remplis :

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 08/99	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (Ne rien inscrire.)		Régie de l'assurance maladie Québec										
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE * Vaillancourt		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES		
	DATE DE NAISSANCE	2010	10	01	F	ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES	
	ADRESSE 100, rue Fictive, Québec		CODE POSTAL G 9 W 9 W 9		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	INIT.	NOM DU MÉDECIN	NUMÉRO	GROUPE	DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO	ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES Jumeau A VAIP 7608 1600		CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 08/99	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (Ne rien inscrire.)		Régie de l'assurance maladie Québec										
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Mathieu Vaillancourt		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES		
	DATE DE NAISSANCE	2010	10	01	M	ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES	
	ADRESSE 100, rue Fictive, Québec		CODE POSTAL G 9 W 9 W 9		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	INIT.	NOM DU MÉDECIN	NUMÉRO	GROUPE	DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO	ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES			
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES Jumeau B VAIP 7608 1600		CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES
	JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES