



Rappel – Utilisation des considérations spéciales D (soins urgents) et J (délai de carence)

Modifications apportées à la section 4.2.1.4 de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*

La Régie aimerait vous rappeler les étapes importantes à suivre lors de la facturation des services rendus aux personnes assurées ne pouvant être identifiées par leur numéro d'assurance maladie et qui sont dans un état requérant des soins urgents (lettre D). Au point 1, vous trouverez les modifications apportées à la section 4.2.1.4 de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. De plus, l'avis sous le code d'acte **09055** est modifié pour tenir compte des corrections à la lettre « D » (voir point 2).

Pour les personnes soumises au délai de carence, vous devez vous référer aux renseignements présentés au point 3 de la présente infolettre.

1. Personne assurée dans un état requérant des soins urgents (lettre D)

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*, SECTION 4.2.1.4

Lorsqu'une personne assurée est dans un état requérant des soins urgents et qu'elle ne peut présenter sa carte d'assurance maladie, le médecin doit suivre les instructions de facturation suivantes :

- b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :
- Inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, **ne pas inscrire** les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - Inscrire le numéro d'assurance sociale, si disponible, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
 - Inscrire la lettre « D » dans la case *C.S.* (**SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**).

Les deux points suivants sont ajoutés à la suite du point e) :

- f) La personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service :
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance et sexe de l'accusé).

g) service professionnel à la demande du coroner :

- inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.*;
- de plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 *Identité de la personne assurée* les coordonnées suivantes :
 - nom de famille : **DO**
 - prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
 - date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**
 - sexe : **M** ou **F**

De plus, veuillez prendre note que le libellé de la lettre « **D** » est modifié comme suit :

- D** :
- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie requérant des soins urgents (**SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**);
 - ou à la suite d'une ordonnance du tribunal;
 - ou il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée.

2. Onglet *B – Consultation et examen*

◆ MANUEL DE FACTURATION

Veuillez prendre note que l'avis sous le code d'acte **09055** (page B-16) est modifié comme suit :

- AVIS :**
- inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.*;
 - de plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 *Identité de la personne assurée* les coordonnées suivantes :
 - nom de famille : **DO**
 - prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
 - date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**
 - sexe : **M** ou **F**
 - Pour le code d'acte **09055**, depuis le 1^{er} octobre 2008, vous avez droit au remboursement des frais de déplacement lorsque vous rencontrez les conditions énoncées à la règle 2.4.2 du préambule général.

3. Personne soumise au délai de carence (lettre J)

◆ MANUEL DE FACTURATION

Une personne soumise au délai de carence n'est pas immédiatement admissible au régime d'assurance maladie du Québec et elle doit payer les services de santé reçus durant cette période ou se procurer une assurance privée.

Elle peut bénéficier de la gratuité des services médicaux pour les situations d'exception en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

Lorsqu'une personne est visée par l'une de ces situations, le **médecin doit vérifier** qu'elle possède la **lettre de la Régie confirmant** la période durant laquelle elle est soumise à un délai de carence et la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime d'assurance maladie du Québec. Dans la rubrique [Délai de carence](#), de l'onglet *Facturation* de notre site Internet, vous trouverez un extrait de la lettre type émise par la Régie qui confirme la date de début du délai de carence. Vous remarquerez qu'une place y est réservée pour indiquer le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne, la date de début du délai de carence de même que la date à compter de laquelle la personne sera admissible au régime d'assurance maladie.

À défaut de présenter cette lettre, la personne doit payer elle-même les honoraires pour les services professionnels reçus, et ce, même s'il s'agit d'une situation d'urgence. Vous devez cependant lui préciser que vous la rembourserez si, dans les 90 jours, elle vous présente la lettre de la Régie confirmant qu'elle est bien soumise à un délai de carence à la date des services médicaux. À la suite d'un tel remboursement à la personne soumise au délai de carence, vous pouvez réclamer à la Régie, dans les 90 jours, la rémunération prévue pour les services rendus.

Pour ce faire, nous vous invitons à consulter la rubrique [Délai de carence](#) sous l'onglet *Facturation* de notre site Internet.

NE PAS UTILISER

Le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* ne doit jamais être remis à une personne soumise au délai de carence, car elle n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie du Québec.

CHANGEMENT À L'HEURE LIMITE POUR LE DÉPÔT DE VOS RELEVÉS D'HONORAIRES

BUREAU DE QUÉBEC

À compter du 1^{er} juin 2012 : **10 h le jour de la date limite de réception**

BUREAU DE MONTRÉAL

Aucun changement : 15 h le jour précédant la date limite de réception

Les calendriers des dates limites de réception des demandes de paiement sont disponibles au www.ramq.gouv.qc.ca.

- **Pour les professionnels** : onglet *Facturation* en cliquant sur le lien *Calendriers*
- **Pour les denturologistes** : onglet *Facturation* en cliquant sur le lien de l'année civile concernée

