



---

## GUIDE DE FACTURATION

Services médicaux rendus au Québec à des résidents d'autres provinces et des territoires

---

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Réclamation hors province pour services médicaux (formulaire 2688)</b> .....	<b>5</b>
Instructions générales.....	5
Formulaire réclamation hors province pour services médicaux (formulaire 2688) .....	6
Instructions de facturation.....	7
<b>3 Services non assurés</b> .....	<b>9</b>
<b>4 Expédition des réclamations hors-province</b> .....	<b>11</b>

## Introduction

**Ce document est également disponible en couleur sur le site Web de la RAMQ au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).**

Ce guide de facturation vise à renseigner les médecins du Québec sur les modalités de facturation lorsqu'ils offrent des services médicaux à des résidents des autres provinces et des territoires canadiens.

Les résidents des autres provinces et des territoires canadiens qui reçoivent des services médicaux au Québec doivent faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie pour recevoir ces services gratuitement.

La carte santé de la province ou du territoire de résidence (ou l'équivalent reconnu par la province ou le territoire) constitue cette preuve. Voir la section ci-après intitulée *Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie*.

Les personnes qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie; dans ce cas, elles devront payer elles-mêmes le professionnel et se faire rembourser par leur province ou leur territoire de résidence.

### **SONT EXCLUES :**

- les personnes non domiciliées au Canada.
- les personnes qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie; dans ce cas, elles devront payer elles-mêmes le professionnel et se faire rembourser par leur province ou leur territoire de résidence.



# 1 PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

La carte santé de la province ou du territoire de résidence (ou l'attestation émise par la province ou le territoire) constitue cette preuve. L'[affiche des cartes santé](#) est disponible en format imprimable sur le site Web de la RAMQ.

## Valid Insured Health Services Plan Cards for Reciprocal Billing Cartes valides des régimes de soins de santé assurés pour la facturation réciproque

### Première partie



# GUIDE DE FACTURATION - Services médicaux rendus au Québec à des résidents d'autres provinces et des territoires

## 1. Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie

### Deuxième partie



Interprovincial Health Insurance Agreements Coordinating Committee - February 2019  
 Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé - Février 2019

## 2 RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX (FORMULAIRE 2688)

Les renseignements à inscrire sur le formulaire *Réclamation hors province pour services médicaux* (2688) sont ceux qui sont nécessaires à l'appréciation et au paiement des honoraires.

Une version anglaise du formulaire est accessible (*Out-of-province claim for physician services*) (4292).

Les formulaires sont disponibles sur le site de la RAMQ au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels), dans la section *Formulaires* de votre catégorie de professionnels.

### Instructions générales

- Remplir le formulaire en lettres détachées.
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire, année, mois, jour.  
Ex. : 1<sup>er</sup> juillet 20AA = AA-07-01
- Inscrire le montant des honoraires **sans** le symbole du dollar (\$).

Toute erreur ou omission dans la rédaction de la réclamation peut entraîner un refus de traiter celle-ci et un retour à l'expéditeur.

**GUIDE DE FACTURATION - Services médicaux rendus au Québec à des résidents d'autres provinces et des territoires**

**2. Réclamation hors province pour services médicaux (formulaire 2688)**

**Formulaire réclamation hors province pour services médicaux (formulaire 2688)**

**Régie de l'assurance maladie Québec**

**RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX**

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

**A À remplir par la personne assurée ou son représentant (en lettres majuscules)**

NOM DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE SUR LA CARTE SANTÉ		PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
ADRESSE PERMANENTE			DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE OU TERRITOIRE		CODE POSTAL	

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOM DU PARENT, DU TUTEUR OU DU REPRÉSENTANT		LIEN AVEC LA PERSONNE ASSURÉE
DATE DE DÉPART DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR		PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS	S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

RAISON DU SÉJOUR :  VACANCES  ÉTUDES  AFFAIRES  AUTRES : (précisez) \_\_\_\_\_

**B Déclaration de la personne assurée ou de son représentant**

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts et que je suis une personne couverte par le régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (Si le signataire n'est pas la personne assurée, indiquer la relation avec celle-ci)		DATE ANNÉE MOIS JOUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (travail) IND. REG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (domicile) IND. REG.
X _____				

**C À remplir par le professionnel (en lettres majuscules)**

NOM DU PROFESSIONNEL PRÉNOM		<input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> OPTOMETRISTE		SPÉCIALITÉ _____ <input type="checkbox"/> ASSISTANT <input type="checkbox"/> DENTISTE <input type="checkbox"/> AUTRE _____	
NOM DE LA RAISON SOCIALE (S'IL Y A LIEU)		CHIRURGIEN MAXILLO-FACIAL		DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES	
ADRESSE NUMÉRO RUE VILLE		NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE			
PROVINCE OU TERRITOIRE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. REG.	SPÉCIALITÉ		

VERSEMENT AU PROFESSIONNEL  
  REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE  
  VERSEMENT À LA RAISON SOCIALE

NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER (S'IL Y A LIEU)			DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

**D Description des services rendus**

DESCRIPTION DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES		HEURE	Lieu où les services ont été rendus					
			ANNÉE	MOIS		JOUR	HEURES	MINUTES	AU CABINET	SERVICE HOSPITALIER	SERVICE EXTERNE

**DIAGNOSTIC ET REMARQUES**

S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À

UN ACCIDENT DE TRAVAIL  
  UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE  
 DATE DE L'ACCIDENT  
ANNÉE MOIS JOUR  
  AUTRE : (précisez) \_\_\_\_\_

J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée. NUMÉRO DE PERMIS \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL X _____	DATE ANNÉE MOIS JOUR	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS

2688 266 21/05

SPÉCIMEN

12 juillet 2021

6

## **Instructions de facturation**

### **PRÉSENTATION D'UNE CARTE SANTÉ NON EXPIRÉE**

Renseignements essentiels au paiement de la réclamation :

**Partie A** - Elle doit être remplie par la personne assurée ou son représentant

- identité complète de la personne assurée : numéro d'assurance maladie, nom, prénom et adresse. Pour les nouveau-nés : date de naissance du nouveau-né, nom et numéro d'assurance maladie du père ou de la mère;
- séjour dans la province : inscrire tous les renseignements pertinents concernant le séjour au Québec.

**Partie B** - Elle doit être remplie par la personne assurée ou son représentant

- déclaration et signature de la personne assurée ou de son représentant.

**Partie C** - Elle doit être remplie par le médecin

- identité du médecin traitant et du professionnel qui a référé la personne assurée, le cas échéant;
- spécialité du médecin traitant;
- endroit où les services ont été rendus;
- facturation des services (nature, code d'acte ou description des services, tarif, date des services); inscrire la **durée du traitement dans les cas d'anesthésie, de psychothérapie et d'assistance opératoire**;
- diagnostic et remarques : indiquer, s'il y a lieu, les renseignements pertinents à l'évaluation;
- dans le cas d'accident ou d'invalidité, cocher la case appropriée;
- cocher la case *Versement au professionnel, Remboursement à la personne assurée ou Versement à la raison sociale*;
- signature du médecin.

### **ABSENCE DE LA CARTE SANTÉ OU PRÉSENTATION D'UNE CARTE EXPIRÉE**

- remplir la partie **C** du formulaire;
- exiger de la personne le paiement des honoraires professionnels et cocher la case *Remboursement à la personne assurée*;
- remettre le formulaire à la personne pour qu'elle remplisse les parties **A** et **B**;
- informer la personne qu'elle doit soumettre le formulaire au régime d'assurance maladie de sa province ou de son territoire pour obtenir un remboursement, s'il y a lieu.



## **3 SERVICES NON ASSURÉS**

Certains services médicaux ou certaines techniques d'intervention chirurgicale peuvent ne pas être assurés ou être considérés au stade expérimental par des provinces et des territoires. Au besoin, communiquer avec la province ou le territoire du paiement.



## 4 EXPÉDITION DES RÉCLAMATIONS HORS-PROVINCE

Les adresses des provinces et des territoires où les réclamations doivent être expédiées sont les suivantes :

### Régimes provinciaux et territoriaux d'assurance hospitalisation

Provinces / territoires	Adresses
Terre-Neuve-et-Labrador	Department of Health and Community Services Medical Care Plan 22 High Street P. O. Box 5000 Grand Falls - Windsor (Terre-Neuve-et-Labrador) A2A 2Y4 Téléphone : 709 292-4000
Île-Du-Prince-Édouard	Health PEI Medicare Division 35 Douses Road P. O. Box 3000 Montague (Île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0 Téléphone : 902 838-0931
Nouvelle-Écosse	<b>Physician billing:</b> Medical Services Insurance PO Box 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1 Téléphone : 902 496-7008  <b>Hospital billing:</b> Department of Health and Wellness Insured Services PO Box 488 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8 Téléphone : 902 424-5411 / 902 424-5615 / 902 424-7533
Nouveau-Brunswick	OOP-Réclamations médicales L'assurance-maladie Ministère de la santé et du mieux-être C. P. 5100 Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 457-6949
Québec	Services hospitaliers hors du Québec Régie de l'assurance maladie du Québec C. P. 6600, succ. Terminus Québec (Québec) G1K 7T3 Téléphone Montréal : 514 864-3411 Appel sans frais : 1 800 561-9749

**GUIDE DE FACTURATION - Services médicaux rendus au Québec à des résidents d'autres provinces et des territoires**

*4. Expédition des réclamations hors-province*

<b>Provinces / territoires</b>	<b>Adresses</b>
<b>Ontario</b>	<p>Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services hospitaliers)                      MacDonald-Cartier Building                      Financial Management Branch                      2nd floor 49 Place D'Armes                      Kingston (Ontario) K7L 5J3                      Téléphone : 613 548-6600</p> <p>Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services médicaux)                      Claims processing                      700-75 Albert Street                      Ottawa (Ontario) K1P 5Y9                      Téléphone : 613-237-9100</p>
<b>Manitoba</b>	<p>Manitoba Health                      300 Carlton Street                      Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9                      Téléphone : 204 786-7303                      Appel sans frais : 1 800 392-1207 (poste 7303)</p>
<b>Saskatchewan</b>	<p>Saskatchewan Health                      T.C. Douglas Building                      3475 Albert Street                      Régina (Saskatchewan) S4S 6X6                      Téléphone : 306 787-3442</p>
<b>Alberta</b>	<p><b>Adresse principale :</b>                      Edmonton                      Alberta Health                      10025 Jasper Avenue                      P. O. Box 1360 Stn main                      Edmonton (Alberta) T5J 2N3                      Téléphone : 780 422-1954</p>
<b>Colombie-Britannique</b>	<p>Medical Services Plan                      P. O. Box 9480 Stn Prov Govt                      Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E7                      Téléphone : 604 456-6950                      Fax : 250 405-3588</p>
<b>Yukon</b>	<p>Health Services                      P. O. Box 2703, H-2.                      Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6                      Téléphone : 867 667-5209</p>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	<p>Department of Health and Social Services                      Health Services Administration                      2nd Floor, IDC Building                      Bag Service #9                      Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0                      Appel sans frais : 1 800 661-0830</p>

**GUIDE DE FACTURATION - Services médicaux rendus au Québec à des résidents d'autres provinces et des territoires**

*4. Expédition des réclamations hors-province*

<b>Provinces / territoires</b>	<b>Adresses</b>
<b>Nunavut</b>	Health Insurance Programs Department of Health and Social Services Government of Nunavut Box 889 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0 Téléphone : 867 645-8001 Appel sans frais : 1 800 645-0833