

4. PAIEMENT

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de virement bancaire (*dépôt direct*) ou de chèque émis à l'ordre de la corporation dont l'établissement fait partie. Un état de compte y est joint pour vérification.

L'établissement qui désire contester une décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles relatives à une demande de paiement réglée, doit obligatoirement le faire par le biais d'une demande de réévaluation. Il n'y a pas lieu de retourner le chèque à la Régie. L'ajustement sera fait lors d'un paiement ultérieur (voir section 4.4 Réévaluation).

De même, si une erreur dans la facturation des services internes a entraîné un montant payé en trop à la corporation, il faut demander la **réévaluation** du paiement, au lieu de retourner le chèque. La Régie procédera alors aux ajustements nécessaires lors d'un paiement ultérieur.

4.2 ÉTAT DE COMPTE

Régie de l'assurance maladie Québec				ÉTAT DE COMPTE			
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM Centre hospitalier de Québec		NUMÉRO D'IDENTIFICATION 12345	NUMÉRO DE CHEQUE 12345678	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-01	NUMÉRO DU PAIEMENT HU-22	DATE DE LA FACTURATION / /	PAGE 1 de 2
1	2	3	4	5	6	7	
CENTRE HOSPITALIER DE QUÉBEC 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3							
8	SOMMAIRE						
PAIEMENTS ET RETENUES		NOMBRE		MONTANT			
PAIEMENTS							
9	SERVICES INTERNES				00,00		
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		00,00			
	REFACTURATION	0		0,00			
	SERVICES EXTERNES				0,00		
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		0,00			
	REFACTURATION	0		0,00			
	PAIEMENT REÇU		10	11	0,00		
	TOTAL DES PAIEMENTS				12	13	
						0,00	
RETENUES							
	SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION				0,00		
	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION				0,00		
	SOLDE REPORTÉ				0,00		
	TOTAL DES RETENUES					0,00	
	MONTANT NET					0,00	

SPÉCIMEN

HUP 001 4705 306 05/01

4.2.1 Description

L'état de compte contient les renseignements suivants :

1. Nom :

Nom de l'établissement.

2. Numéro d'identification :

Code de l'établissement (numéro corporatif).

3. Numéro de chèque :

Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.

4. Date de l'état de compte :

Date du paiement.

5. Numéro du paiement :

Numéro du cycle du paiement.

6. Date de la facturation :

Non applicable.

7. Page :

Numéro de page.

8. Nom et adresse :

Nom et adresse postale de l'établissement pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

9. Paiements et retenues :

Sommaire des paiements et des retenues pour les services internes et externes.

10. Nombre :

Cumulatif selon les différents types de demande (Demande de paiement, de refacturation ou de récupération pour les services internes et externes).

11. Montant :

Cumulatif selon les différents types de demande (Demande de paiement, de refacturation ou de récupération pour les services internes et externes).

12. Montant :

Cumulatif selon les différents types de transactions (services internes, services externes et récupération).

13. Montant :

Cumulatif des paiements, des retenues ainsi que le montant net.

2^o page (et pages subséquentes) de l'état de compte

#

4.2.1 Description (suite)**14. Identifiant de la demande :**

Représente le numéro de contrôle externe de la demande de paiement. Ce numéro est attribué par l'établissement. Il doit être fourni dans toute correspondance concernant une réévaluation ou une demande de renseignements.

15. No. ass. santé :

Numéro d'assurance santé du patient.

16. Nom et prénom :

Nom et prénom de la personne assurée.

17. Date début :

Date de début de facturation pour les services internes et date de service pour les services externes.

18. Date fin :

Date de fin de facturation pour les services internes. Ce champ est laissé à blanc pour les services externes.

19. Code :

Code du service.

20. Montant demandé :

Montant demandé pour le service.

21. Montant autorisé :

Montant autorisé pour le service.

22. Type :

Type de demande.

23. Code de message :

Code du message explicatif.

24. Description des types de demande :

Description des types de demande.

25. Description des messages :

Énoncé du message explicatif correspondant au code de message.

4.3 RETARD DE PAIEMENT

Afin d'éviter une facturation en double, aucune demande de paiement ne doit être soumise à nouveau moins de deux périodes de paiement après son envoi à la Régie.

Si vous désirez soumettre à nouveau une réclamation après ce délai de deux périodes de paiement, vous devez spécifier qu'il s'agit d'une deuxième soumission et indiquer la date de la première soumission.

4.4 RÉÉVALUATION

Si l'établissement croit ou constate que le paiement effectué par la Régie est inexact, incomplet ou insuffisant, il peut en demander la réévaluation en adressant à la Régie une note ou une lettre contenant les renseignements suivants :

1. Objet de la demande de réévaluation;
2. Identité de l'établissement;
3. Identité de la personne assurée;
4. Numéro de contrôle externe;
5. Montant demandé;
6. Montant autorisé.

ou encore, l'établissement peut utiliser le formulaire de demande de paiement de la section 3 en donnant les motifs de sa demande dans le champ RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou dans une lettre.

Un délai maximum de 18 mois après la date des services est accordé à la Régie pour présenter des demandes de réévaluation à la province ou au territoire de résidence des personnes assurées. Pour permettre à la Régie de respecter ce délai, vos demandes de réévaluation devront être reçues à la Régie au plus tard 16 mois après la date des services.

Toute demande de réévaluation doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q039
Facturation interprovinciale
Case Postale 6600
Québec QC G1K 7T3