

1^{er} avril 2022



ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE SANTÉ

Services hospitaliers internes et externes

Table des matières

Introduction	1
1 Personnes assurées	3
1.1 Personnes visées par l'accord	3
1.2 Personnes exclues de l'accord.....	4
1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie	5
2 Services	7
2.1 Services couverts en vertu de l'accord	7
2.1.1 Services internes.....	7
2.1.2 Services externes	8
2.2 Services exclus de l'accord	9
3 Demandes de paiement	11
3.1 Avant-propos	11
3.2 Services internes.....	13
3.2.1 Description de la Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire (3885).....	13
3.2.2 Description du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716).....	21
3.2.3 Expédition.....	25
3.2.4 Services en ligne	26
3.3 Services externes	27
3.3.1 Description de la Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire (2597).....	27
3.3.2 Expédition.....	32
3.3.3 Services en ligne	32
4 Tarifs interprovinciaux	33
5 Paiement	34
5.1 Mode de paiement	34
5.2 État de compte	35
5.2.1 Description	36
5.3 Retard de paiement.....	39
5.4 Réévaluation.....	40
6 Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements	41
6.1 Manuel.....	41
6.2 Formulaires	42
6.3 Demande de renseignements	43
6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires.....	44

Introduction

Le manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé* vise à renseigner les établissements de santé du Québec sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des services internes et externes entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

En vertu de cet accord, la RAMQ rembourse aux établissements le coût des services internes et externes rendus à des personnes assurées des autres provinces ou des territoires, selon les tarifs interprovinciaux.

À cet égard, ce manuel contient, notamment, les instructions relatives à la rédaction de la demande de paiement de services assurés rendus au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

Lorsque le texte du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé* est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées.

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la RAMQ vous recommande de consulter son site Web** (section [Professionnels](#)) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et les modalités de facturation.

Vous y trouverez de l'information et des outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et plus encore.

L'établissement de la santé pourra en tout temps consulter les mises à jour sur le site Web.

Coordonnées des services à la clientèle

Vous pouvez rejoindre les services à la clientèle :

Par courriel sécurisé

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel

Par courrier

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Demande d'accès aux services en ligne

Pour vous inscrire au service en ligne **Système d'assurance hospitalisation interprovinciale (SAHI)**, veuillez consulter la **section 3.2.4** du présent manuel.

Pour toute demande de renseignements concernant l'application en ligne, vous pouvez communiquer avec la RAMQ aux coordonnées suivantes :

Par courriel

- sel_dphqat.ramq@ssss.gouv.qc.ca

Par téléphone

- 418 682-5102, poste 4768

Par courrier

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour soumettre vos demandes de paiement sur le formulaire papier, suivez les instructions dans le présent manuel.

1 PERSONNES ASSUREES

1.1 Personnes visées par l'accord

L'accord sur la facturation des services internes et externes entre les provinces et les territoires vise tous les résidents canadiens qui reçoivent des services hospitaliers internes ou externes dans un établissement situé hors de leur province ou de leur territoire de résidence et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

La carte santé de la province ou du territoire de résidence de la personne constitue cette preuve (voir la section [1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie](#)).

Il peut arriver que la carte santé soit remplacée par une attestation émise par la province ou le territoire.

L'établissement doit s'assurer que la carte santé présentée **n'est pas expirée**, si une date d'expiration y paraît.

Lorsque la personne est admise, elle doit également signer la déclaration de participation à un régime d'assurance hospitalisation ([Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716)).

Les résidents canadiens qui reçoivent des services et qui ne présentent pas de carte santé valide ou qui ne peuvent pas faire la preuve de leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie **doivent payer le coût des services**.

1.2 Personnes exclues de l'accord

Les personnes exclues de l'accord sont :

- 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 ces cas, les services rendus doivent être facturés au patient.

Ententes interprovinciales en assurance santé

1. Personnes assurées – 1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie

1.3 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



Ententes interprovinciales en assurance santé

1. Personnes assurées – 1.3 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 SERVICES

2.1 Services couverts en vertu de l'accord

2.1.1 Services internes

Les services couverts en vertu de l'accord sont les suivants :

Les frais d'hospitalisation en salle pour des soins :

1. de courte durée;
2. à un nouveau-né bien portant.

Les interventions coûteuses ayant un tarif global :

- transplantations : Acquisition d'organes hors Canada;
Greffes d'organes :
 - cœur,
 - cœur-poumons,
 - poumons,
 - foie,
 - moelle osseuse et cellules souches,
 - rein (enfant ou adulte),
 - rein et pancréas.

Les dispositifs et implants spéciaux :

- implants cochléaires;
- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- valves aortiques;
- dispositif d'assistance ventriculaire;
- aorte abdominale;
- crâne : vis, fils, mailles et plaques pour libération/réparation;
- thalamus et noyaux gris centraux : implantation d'électrodes;
- prothèse du genou;
- tiges, greffes et vis pour fixation/fusion des vertèbres;
- prothèse de la hanche;
- prothèse de l'épaule;
- implantation d'endoprothèse;
- implantation d'endoprothèse extensible;
- implantation transcathéter de valve pulmonaire.

2.1.2 Services externes

Les services couverts en vertu de l'accord sont les suivants :

- La consultation externe (à l'exception des services désignés spécifiquement à la section [2.2 Services exclus de l'accord](#));
- La chirurgie d'un jour;
- L'hémodialyse;
- La tomographie avec ordinateur;
- Les procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui n'est inclus dans aucun autre code de service;
- Les médicaments pour la chimiothérapie et la visite;
- La thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- La lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO);
- L'imagerie par résonance magnétique (comprenant les services du radiologiste);
- Les services de radiothérapie;
- Les stimulateurs cardiaques, les défibrillateurs, les interventions coronariennes avec pose d'endoprothèse/spirale endovasculaire, les implants cochléaires;
- Les procédures coûteuses pour les services de laboratoire (excluant le dépistage génétique);
- Certains examens de TEP-TDM.

Pour l'ultrasonographie, la tomographie avec ordinateur, la mammographie, l'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), l'imagerie par résonance magnétique, la radio-oncologie, la médecine nucléaire in vivo et le service d'analyse en laboratoire ainsi que pour les autres services d'imagerie tels que la radioscopie, l'échographie de même que la radiographie générale, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle). Ainsi, l'établissement doit rembourser le médecin pour ce volet.

Attention : Si le médecin a effectué l'interprétation de tels examens alors que le patient était hospitalisé, seuls les examens énumérés à la [Lettre d'entente n° 15](#) de l'entente des médecins spécialistes doivent lui être remboursés par l'établissement. Tous les autres honoraires professionnels doivent faire l'objet de facturation par le médecin auprès du patient ou de sa province à l'aide du formulaire [Réclamation hors province pour services médicaux](#) (2688) (version française) ou *Out-of-province claim for physician services* (4292) (version anglaise).

Dans le cas où un patient est hospitalisé pour des services internes et qu'il reçoit des services de consultation externe dans un autre hôpital, l'hôpital fournissant les services de consultation externe peut facturer les services rendus selon les règles et le tarif interprovincial en vigueur.

2.2 Services exclus de l'accord

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- La chirurgie esthétique;
- La chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- La fécondation in vitro et l'insémination artificielle;
- La lithotripsie pour lithiases vésiculaires;
- Le changement de sexe;
- Le traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
- L'acupuncture, l'acupressure, l'électrostimulation transcutanée, la moxibustion, la biorétroaction (biofeedback), l'hypnothérapie;
- Les services assurés par d'autres organismes : Forces armées canadiennes, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), Anciens Combattants Canada, Service correctionnel Canada (pénitenciers fédéraux);
- Les services fournis à la demande d'un tiers;
- La conférence d'équipe;
- Le dépistage génétique et les autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN;
- Les interventions qui demeurent au stade expérimental du développement ou de la recherche clinique;
- La télémédecine;
- La radiochirurgie par scalpel gamma;
- Les services d'anesthésie et les services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.
- Les autres services exclus sont :
 - Les médicaments à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes **56, 57 et 66** pour les services aux malades externes);
 - Les soins à domicile;
 - Les services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste.
 - Note : Un service dentaire rendu par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu.

Les frais d'hébergement.

Vous **devez** communiquer avec la RAMQ pour obtenir plus de renseignements sur les services qui sont exclus de l'accord de facturation réciproque. La RAMQ pourra ainsi indiquer si les services sont couverts ou non et conseiller l'hôpital en ce qui concerne les modalités de facturation.

Vous devez également obtenir, par écrit, l'accord de la province ou du territoire de résidence avant de facturer à la RAMQ des services exclus (consultez la section [6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires](#)).

3 DEMANDES DE PAIEMENT

Pour la facturation de **services internes**, vous devez remplir ces deux formulaires :

- [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire](#) (3885) → **À transmettre à la RAMQ**
- [Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716) → **À conserver dans les dossiers de l'établissement**

Pour la facturation de **services externes**, vous devez remplir ce formulaire :

- [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire](#) (2597) → **À transmettre à la RAMQ**

3.1 Avant-propos

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir les formulaires [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire](#) (3885) et [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire](#) (2597) lorsque l'établissement demande à la RAMQ le paiement de services rendus à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur la demande de paiement permettent à la RAMQ de facturer adéquatement les services rendus à la personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence. Le formulaire [Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716) est requis pour respecter l'accord sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires.

Instructions générales :

- Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules;
- Inscire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscire le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence de la personne assurée;
- Remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Signer la demande de paiement;
- Faire signer le formulaire [Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716) par la personne assurée.

L'établissement doit conserver dans ses dossiers l'adresse permanente complète de la personne dans sa province de résidence.

Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

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

Il est recommandé à l'établissement de faire parvenir ses demandes de paiement à la RAMQ deux fois par mois.

Vous devez utiliser deux demandes de paiement distinctes lorsqu'il s'agit de deux périodes d'hospitalisation différentes.

Pour une période d'hospitalisation continue, chaque demande de paiement doit comporter les données requises pour son évaluation.

Une information incomplète peut entraîner le refus d'une ligne de service ou de la demande de paiement.

Délai

La RAMQ dispose d'un délai de 12 mois, à compter de la date des services, pour facturer les services rendus à la personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence. **Toutefois, pour que ce délai soit respecté, vos demandes de paiement doivent être reçues à la RAMQ au plus tard 10 mois après la date des services.**

À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de demander le remboursement des coûts pour les services rendus. Il n'a pas le droit non plus de facturer au patient les services rendus ni de recourir à une agence de recouvrement. Toutefois, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consulter la section [6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires](#)).

3.2 Services internes

3.2.1 Description de la Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d’une autre province ou d’un territoire (3885)

La [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d’une autre province ou d’un territoire](#) (3885) comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Détails de la demande;
4. Renseignements complémentaires;
5. Attestation de l’établissement.

Régie de l'assurance maladie Québec		Demande de paiement Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE
			Numéro de contrôle externe _____	
1- Établissement ①				
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT _____		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____		
ADRESSE (numéro, rue, localité) _____				PROVINCE _____
				CODE POSTAL _____
2- Patient ②				
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » _____		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) _____		
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR _____		PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE _____		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>
		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR _____		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE (numéro, rue, localité) _____				CODE POSTAL _____
SPÉCIMEN				
3- Détails de la demande ③				
DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR _____		DATE DE CONGÉ ANNÉE MOIS JOUR _____		GENRE DE SEJOUR _____
				ACCIDENT <input type="checkbox"/>
				DÉCÈS <input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC _____				
CODE D'INTERVENTION _____				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE				
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DEBUT DE FACTURATION ANNÉE MOIS JOUR _____		DATE DE FIN DE FACTURATION ANNÉE MOIS JOUR _____		CODE DE SERVICE _____
				TARIF JOURNALIER _____
				NOMBRE DE JOURS _____
				MONTANT FACTURE _____
				TOTAL _____
4- Renseignements complémentaires ④				
_____ _____ _____				
5- Attestation de l'établissement ⑤				
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 _____				
Signature de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)				DATE ANNÉE MOIS JOUR _____
3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement				

3.2.1.1 Rédaction de la demande de paiement

1. Établissement (section 1)

Numéro de contrôle externe

- 1) Le numéro de contrôle externe sert à retracer la demande de paiement sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir la section [5.2 État de compte](#)).
- 2) Vous devez 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.

Code de l'établissement : Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la RAMQ de procéder au remboursement dans un meilleur délai.


Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrire la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrire le code postal de votre établissement.

EXEMPLE

	Demande de paiement Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE
1- Établissement ^①		Numéro de contrôle externe 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT 5 4 3 2 1	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre hospitalier fictif	
ADRESSE (numéro, rue, localité) 333, rue des Convalescents	PROVINCE Québec	CODE POSTAL G 0 A 0 T 0

2. Patient (section 2)

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 3 mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père.

Note : Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le numéro de la carte santé du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le numéro de la carte santé du bébé, facturer les services internes fournis aux parents.

S'assurer que la carte est valide en vérifiant la date d'expiration.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Inscrire les nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

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

Province qui a délivré la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Ententes interprovinciales en assurance santé

3. Demandes de paiement – 3.2 Services internes

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

Sexe : Inscire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Note : Bien qu'un code de sexe soit prévu sur les demandes de facturation réciproque, il ne sert plus de base pour le règlement ou le rejet de la demande à compter du 1^{er} avril 2020. Il est toutefois demandé aux établissements de continuer à remplir ce champ.

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

Adresse : Inscire l'adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Code postal : Inscire le code postal correspondant à l'adresse permanente de la personne assurée.

EXEMPLE

2- Patient ²									
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »					NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	TREMBLAY JEAN
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE			PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE		DATE DE NAISSANCE			SEXE	
ANNÉE	MOIS	JOUR			ANNÉE	MOIS	JOUR	M	F
2	0	2	0	1	2	3	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADRESSE (numéro, rue, localité)					NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>				
123, rue du Patient, Ville du Patient					CODE POSTAL				
					E 3 B 0 T 0				

3. Détails de la demande (section 3)

Date d'admission : Inscire la date d'admission dans l'établissement.

Date de congé : Inscire la date de sortie de l'établissement.

Genre de séjour : Inscire s'il s'agit d'un séjour continu = **C**, non continu = **N**, ou encore s'il s'agit d'un transfert entre deux établissements = **T**.

Accident : Inscire le code correspondant au type d'accident, s'il y a lieu : **T** = Travail; **A** = Auto; **D** = Autres.

Décès : Cocher si la personne assurée est décédée lors de l'hospitalisation.

Code de diagnostic : Inscire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10). Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

Code d'intervention : Inscire le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

Attribut d'intervention : Inscire l'attribut dans la case prévue à cette fin lorsque le code d'intervention le prévoit.

Date de l'intervention ou de début de facturation : Inscire la première date d'hospitalisation.

Date de fin de facturation : Inscire la dernière date d'hospitalisation.

Ententes interprovinciales en assurance santé
3. Demandes de paiement – 3.2 Services internes

Si une personne assurée est hospitalisée une seule journée (ex. : le 2020-03-05), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

- DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : 2020-03-05
- DATE DE FIN DE FACTURATION : 2020-03-05

Code de service : Inscrire le code (3 chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section [3.1.1.2 Instructions et exemples de facturation – Section 3 du formulaire 3885](#).

Série 100 – transplantation

Série 300 – implants

Série 400 – tarif journalier (per diem)

Série 600 – services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Tarif journalier : Inscrire le tarif journalier.

Nombre de jours : Inscrire le nombre de jours pour ce service.

Total : Inscrire le montant total. Lorsqu'il y a un changement au tarif journalier, utiliser des lignes différentes en inscrivant le montant facturé et le tarif journalier sur chacune des lignes.

EXEMPLE

3- Détails de la demande 3																	
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCES		
			2	0	1				2	0	1	N	<input checked="" type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>		
CODE DE DIAGNOSTIC			I 3 1 2			I 3 2 8											
CODE D'INTERVENTION																	
1 H B 5 3 L A J A																	
ATTRIBUT D'INTERVENTION																	
SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE		
R						A T											
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DEBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE			TARIF JOURNALIER			NOMBRE DE JOURS			MONTANT FACTURE		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR												
2	0	1	2	0	1	401			1 0 0 0 0 0			12			1 2 0 0 0 0 0		
2	0	1	2	0	1	401			1 1 0 0 0 0			14			1 5 4 0 0 0 0		
												TOTAL			2 7 4 0 0 0 0		

4. Renseignements complémentaires (section 4)

Inscrire les renseignements supplémentaires, s'il y a lieu (ex. : intervention coûteuse).

EXEMPLE

4- Renseignements complémentaires 4
Frais d'acquisition de cellules souches à l'étranger.

5. Attestation de l'établissement (section 5)

Nom et prénom de la personne autorisée : Inscrire en lettres majuscules le nom et le prénom de la personne autorisée.

Signature de la personne autorisée : Signer la demande. La signature de la personne autorisée est obligatoire.

Date : Inscrire la date de la signature de la personne autorisée.

EXEMPLE

5- Attestation de l'établissement 5

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 **PAUL UNTEL**
(LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée *Paul Untel*

DATE ANNÉE MOIS JOUR
2 0 1 7 | 0 5 | 1 0

3.2.1.2 Instructions et exemples de facturation – Section 3 du formulaire 3885

1. Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)

Lorsque l'hospitalisation d'une personne assurée s'étend sur une longue période (ex. : plus d'un mois), les frais d'hospitalisation peuvent être demandés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

Vous devez fournir à la RAMQ les informations sur l'état de la personne pour justifier une hospitalisation de plus de 30 jours. La mise à jour sur l'état du patient doit ensuite être fournie tous les 30 jours, soit au 60^e jour et au 90^e jour.

EXEMPLE (1^{re} demande de paiement)

3- Détails de la demande 3

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR 2 0 1 7 0 5 0 1	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR 	GENRE DE SEJOUR	C	ACCIDENT	<input type="checkbox"/>	CODE	DECES	<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC	F 0 1 1									
CODE D'INTERVENTION	1 L A S 4 L A X X Q									
ATTRIBUT D'INTERVENTION	S									

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 7 0 5 0 1	2 0 1 7 0 5 3 1	401	1 1 0 0 0 0	31	3 4 1 0 0 0 0
TOTAL					3 4 1 0 0 0 0

EXEMPLE (2^e demande de paiement)

3- Détails de la demande ③																	
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS		
2 0 1 7			0 5	0 1	2 0 1 7			0 6	2 5			N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
CODE DE DIAGNOSTIC																	
F 0 1 1																	
CODE D'INTERVENTION																	
1 L A 8 4 L A X X Q																	
ATTRIBUT D'INTERVENTION																	
SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE		
S																	
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION				DATE DE FIN DE FACTURATION				CODE DE SERVICE		TARIF JOURNALIER		NOMBRE DE JOURS		MONTANT FACTURÉ			
ANNÉE	MOIS	JOUR		ANNÉE	MOIS	JOUR											
2 0 1 7	0 6	0 1		2 0 1 7	0 6	2 4		401		1 1 0 0 0 0		24		2 6 4 0 0 0 0			
												TOTAL		2 6 4 0 0 0 0			

2. Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)

Lorsqu'une intervention chirurgicale très coûteuse (code de la série 100 « transplantation ») est facturée, vous devez inscrire le code numérique qui correspond à l'intervention dans la case CODE DE SERVICE et le montant dans la case MONTANT FACTURÉ.

Vous devez facturer le nombre de jours d'hospitalisation au taux approprié (unité de soins intensifs et salle commune).

- Remarques :**
- 1) Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province de résidence du receveur.
 - 2) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province de résidence du receveur de l'organe.
 - 3) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que les frais de transport sont des services assurés par la province de résidence du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION

Ententes interprovinciales en assurance santé
3. Demandes de paiement – 3.2 Services internes

EXEMPLE

3- Détails de la demande (3)

DATE D'ADMISSION	ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS								
	2	0	1	7	0	4	0	1											
CODE DE DIAGNOSTIC	Z 9 4 1																		
CODE D'INTERVENTION	1 H Z 8 5 L A X X K																		
ATTRIBUT D'INTERVENTION	SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE FIN DE FACTURATION		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ	
	2	0	1	7	0	4	0	1	2	0	1	7	0	5	2	8	101		1 1 5 4 1 6 0 0
TOTAL																		1 1 5 4 1 6 0 0	

3. Implants spéciaux

Les implants spéciaux dont le coût total s'élève à 2 000 \$ et plus doivent être facturés selon le prix d'acquisition plus le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Vous devez annexer la facture qui justifie le prix de l'implant à la demande de paiement. L'implant doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Vous devez inscrire la date de l'intervention dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, le code numérique correspondant à l'implant dans la case CODE DE SERVICE et le prix de l'implant dans la case MONTANT FACTURÉ.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : implants

EXEMPLE

3- Détails de la demande (3)

DATE D'ADMISSION	ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS									
	2	0	1	7	0	5	0	1												
CODE DE DIAGNOSTIC	H 9 1 2																			
CODE D'INTERVENTION	1 D M 5 3 L A L K																			
ATTRIBUT D'INTERVENTION	SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE				
				L																
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE FIN DE FACTURATION		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ		
	2	0	1	7	0	5	0	1	2	0	1	7	0	5	2	0	401	1 1 0 0 0 0	20	2 2 0 0 0 0
	2	0	1	7	0	5	0	2									310		3 4 0 0 0 0	
TOTAL																		5 6 0 0 0 0		

4. Greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Le tarif de la greffe de moelle osseuse et des cellules souches de la série des codes 600 remplace le tarif journalier d'hospitalisation.

Lorsque le coût du séjour est supérieur au coût du séjour maximal, le tarif quotidien majoré est ajouté pour chaque jour au-delà du séjour maximal. Dans ce cas, une nouvelle ligne de service doit être utilisée pour facturer cette période.

Veuillez inscrire la date de l'intervention dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de fin de la facturation dans la case DATE DE FIN FACTURATION, le code numérique correspondant à l'intervention dans la case CODE DE SERVICE, le tarif journalier en fonction du code de l'intervention dans la case TARIF JOURNALIER, et le tarif de l'intervention ou le montant facturé dans la case MONTANT FACTURÉ.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 600 : greffe de moelle osseuse et de cellules souches

EXEMPLE

3- Détails de la demande ³																	
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS		
2 0 1 7 0 4 0 1			2	0	1	2 0 1 7 0 4 2 9			2	0	1	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
CODE DE DIAGNOSTIC																	
C 8 1 0																	
CODE D'INTERVENTION																	
1 W Y 1 9 H H X X A																	
ATTRIBUT D'INTERVENTION																	
SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE		
M 1																	
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS			MONTANT FACTURÉ						
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR												
2 0 1 7	0 4	0 1	2 0 1 7	0 4	1 6	603				16				6 5 1 4 5 0 0			
2 0 1 7	0 4	1 7	2 0 1 7	0 4	2 8	603	2 4 1 3 0 0			12				2 8 9 5 6 0 0			
											TOTAL		9 4 1 0 1 0 0				

3.2.2 Description du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716)

Le formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716) doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Résidence temporaire au Québec;
4. Déménagement permanent au Québec;
5. Déclaration du patient ou de son représentant.

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
				Numéro de contrôle externe/External control number: _____	
Établissement ①					
Code de l'établissement		Nom de l'établissement		Date d'admission Année Mois Jour	
Adresse (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL	
Patient ② Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters		Numéro de téléphone Phone Number	
Date de naissance - Birth date ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card	
		Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card		Date d'expiration de la carte Expiry date of card	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)				Province	
				CODE POSTAL POSTAL CODE	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec ③					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):				DU - FROM Année Year Mois Month Jour Day AU - TO Année Year Mois Month Jour Day	
PRÉCISER : SPECIFY:				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR MOIS MONTH	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)				Province	
				CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec ④					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card		Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec		Année Year Mois Month Jour Day	
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative ⑤					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)		Date	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient		<input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient				Numéro de téléphone Phone Number	
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White : RAMQ – Yellow : Facility – Pink : Patient					

3.2.2.1 Rédaction du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716)

1. Établissement (section 1)

Code de l'établissement : Incrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la RAMQ de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Incrire le nom de l'établissement.


Adresse : Incrire l'adresse complète de l'établissement.

Province : Incrire la province de l'établissement.

Code postal : Incrire le code postal dans la case prévue à cette fin.

No de contrôle externe : Incrire votre numéro de contrôle (maximum 15 caractères alphanumériques).

EXEMPLE

		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
Établissement ①				Numéro de contrôle externe/External control number	
Code de l'établissement		Nom de l'établissement		Date d'admission	
5 4 3 2 1		Centre hospitalier fictif		Année Mois Jour	
Adresse (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL	
333, rue des Convalescents				G 0 A 0 T 0	

2. Patient (section 2)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Incrire 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 3 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 nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le numéro de la carte santé du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le numéro de la carte santé du bébé, facturer aux parents les services fournis.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Incrire les nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

Numéro de téléphone : Incrire le numéro de téléphone du patient.

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

Sexe : Incrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Note : Bien qu'un code de sexe soit prévu sur les demandes de facturation réciproque, il ne sert plus de base pour le règlement ou le rejet de la demande à compter du 1^{er} avril 2020. Il est toutefois demandé aux établissements de continuer à remplir ce champ.

Province émettrice de la carte : Incrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date d'entrée en vigueur de la carte : Incrire la date d'entrée en vigueur de la carte, s'il y a lieu.

Date d'expiration de la carte : Incrire la date d'expiration indiquée sur la carte santé, s'il y a lieu.

Ententes interprovinciales en assurance santé

3. Demandes de paiement – 3.2 Services internes

Nouveau-né : Cocher cette case s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé, sauf pour l'Ontario.

Adresse : Inscrire l'adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Province : Inscrire la province de la personne assurée.

Code postal : Inscrire le code postal de l'adresse permanente de la personne assurée.

EXEMPLE

Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card													
NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ - HEALTH CARD NUMBER				Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters						Numéro de téléphone Phone Number			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	SMITH JOHN			(123) 456-7890	
Date de naissance - Birthdate			Sexe - Sex		Province ayant délivré la carte Province that issued card			Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card			Date d'expiration de la carte Expiry date of card		
ANNÉE YEAR	MOIS MONTH	JOUR DAY	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Ontario			Année Year	Mois Month	Jour Day	Année Year	Mois Month	Jour Day
1967	12	01									2020	12	01
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)								Province		CODE POSTAL POSTAL CODE			
123, rue du Patient, Ville du Patient								Ontario		K 1 H 0 T 0			

3. Résidence temporaire au Québec (section 3)

Adresse (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Province : Ce champ est toujours *Québec*.

Code postal : Inscrire le code postal de l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient lors de son séjour au Québec.

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine émettrice de la carte : Cocher une des cases suivantes :

- Vacances/en transit
- Recommandation d'un médecin
- Emploi temporaire/affaires
- Études : Si cette case est cochée, indiquer le nom de l'établissement d'enseignement.
- Préciser : Dans tous les autres cas, cocher cette case et préciser la raison.

Durée prévue du séjour : Inscrire les dates de début et de fin prévues du séjour.

Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Inscrire le nom de la province.

Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province : Inscrire la date.

Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence dans la province en question.

Province : Inscrire la province.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du patient dans cette province.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient dans cette province.

EXEMPLE

Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec ③						
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number	
123, rue de l'Hôtel, Québec			Québec	G 1 C 0 T 0	(418) 123-4567	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay		
<input checked="" type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS				DU - FROM Année Year Mois Month Jour Day 2017 04 01		
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):				AU - TO Année Year Mois Month Jour Day 2017 04 10		
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number	
					()	

4. Installation permanente au Québec (section 4)

Adresse permanente au Québec : Inscire l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Province : Ce champ est toujours *Québec*.

Code postal : Inscire le code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Numéro de téléphone : Inscire le numéro de téléphone permanent du patient au Québec.

Dernière adresse dans la province ayant délivré la carte santé : Inscire la dernière adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Province : Inscire la province qui a délivré la carte santé.

Code postal : Inscire le code postal de l'adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Numéro de téléphone : Inscire le numéro de téléphone dans la province qui a délivré la carte santé.

Date du départ de la province ayant délivré la carte santé : Inscire la date du départ de la province qui a délivré la carte santé.

Date du début de l'installation permanente au Québec : Inscire la date à laquelle la personne a commencé à résider de façon permanente au Québec.

EXEMPLE

Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec ④						
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number	
123, rue Nouvelle, Québec			Québec	G 1 C 0 T 0	(418) 123-4567	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number	
123, rue du Patient, Ville du Patient			Ontario	K 1 H 0 T 0	(123) 456-7890	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card			<input checked="" type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec			
			Année Year	Mois Month	Jour Day	Année Year
			2 0 1 7	0 4	0 1	2 0 1 7

5. Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

Signature de la personne qui fait cette déclaration : Faire signer la déclaration du patient par le patient ou son représentant. La signature est obligatoire.

Signature du témoin (représentant de l'hôpital) : Faire signer le témoin (représentant de l'hôpital). La signature est obligatoire.

Date : Inscire la date de la signature de la déclaration.

Nom : Inscire le nom du représentant du patient (lettres majuscules). Si ce n'est pas le patient qui signe la déclaration, il faut indiquer ici le nom du représentant du patient.

Lien avec le patient : Indiquer le lien avec le patient en cochant la case PÈRE, MÈRE OU TUTEUR, ou encore la case PRÉCISER en indiquant le lien sur la ligne.



Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient : Inscire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

Province : Inscire la province du représentant du patient.

Code postal : Inscire le code postal de la résidence du représentant du patient.

Numéro de téléphone : Inscire le numéro de téléphone du représentant du patient.

EXEMPLE

Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative 5			
<small>Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.</small>			
<small>SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION</small> 	<small>SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)</small> 	<small>Date</small> 2017-04-01	
<small>Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters</small> 	<small>Lien avec le patient Relationship to patient</small> <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify		
<small>Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient</small> <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient	<small>Province</small>	<small>CODE POSTAL POSTAL CODE</small>	<small>Numéro de téléphone Phone Number</small> ()

3.2.3 Expédition

Pour la [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire](#) (3885), la première copie doit être expédiée à l'adresse suivante :

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

Le formulaire [Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716) **doit être conservé dans les dossiers de l'établissement**. À la demande de la RAMQ, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse ci-dessus.

3.2.4 Services en ligne

La RAMQ vous invite à utiliser le service en ligne **Système d'assurance hospitalisation interprovinciale (SAHI)** en toute sécurité pour rédiger et soumettre vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions dans ce service en ligne, vous devez cependant obtenir de la RAMQ un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Pour les obtenir, vous devez nous soumettre une demande d'accès. Pour utiliser le bon formulaire, veuillez [répondre au questionnaire de notre arbre décisionnel](#). Veuillez choisir *CISSS, CIUSSS et autres établissements* pour votre catégorie d'établissement ou d'organisation.

Demande d'accès aux services en ligne

Pour vous inscrire ou pour toute demande de renseignements concernant l'application en ligne, vous pouvez communiquer avec la RAMQ aux coordonnées suivantes :

Par courriel

– sel_dphqat.ramq@ssss.gouv.qc.ca

Par téléphone

– 418 682-5102 poste 4768

Par courrier

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

3.3 Services externes

3.3.1 Description de la Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d’une autre province ou d’un territoire (2597)

La [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d’une autre province ou d’un territoire](#) (2597) comporte 3 sections :

- Section 1** : Établissement
- Section 2** : Détails de la demande
- Section 3** : Attestation de l’établissement

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- Établissement ①						
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				
ADRESSE (numéro, rue, localité)						
				PROVINCE		
CODE POSTAL						
2- Détails de la demande ②						
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES		NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE				
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
A						
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						
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
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						
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
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 ▶						
3- Attestation de l'établissement ③						
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						
Signature de la personne autorisée (LETTRES MAJUSCULES)						
DATE ANNÉE MOIS JOUR						
2597 266 08/03						
Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement						

3.3.1.1 Rédaction de la demande de paiement

1. Établissement (section 1)

Numéro de contrôle externe :

1. Le numéro de contrôle externe sert à retracer une demande de paiement sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir la section [5.2 État de compte](#)).
2. Vous devez 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.

Code de l'établissement : Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué par la RAMQ (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la RAMQ de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrire la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrire le code postal de votre établissement.

EXEMPLE

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	
1- Établissement ①				Numéro de contrôle externe A B C D E 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT 5 4 3 2 1		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre hospitalier fictif			
ADRESSE (numéro, rue, localité) 270, des Convalescents		PROVINCE Québec		CODE POSTAL G 0 K 0 T 0	

2. Détails de la demande (section 2)

Code de la province de résidence ou du territoire des personnes assurées : Inscire 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
Île-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

Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées : Inscire le nom de la province ou du territoire de résidence qui a délivré la carte santé.

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

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscire 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 3 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 nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le numéro de la carte santé du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le numéro de la carte santé du bébé, facturer aux parents les services externes fournis.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Inscire le nom et le prénom de la personne assurée qui figurent sur la carte.

Date d'expiration de la carte : Inscire la date d'expiration de la carte, s'il y a lieu.

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

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

Sexe de la personne assurée : Inscire le sexe de la personne assurée (F = Féminin, M = Masculin).

Note : Bien qu'un code de sexe soit prévu sur les demandes de facturation réciproque, il ne sert plus de base pour le règlement ou le rejet de la demande à compter du 1^{er} avril 2020. Il est toutefois demandé aux établissements de continuer à remplir ce champ.

Date du service : Inscire la date du service selon le système international (AAAA-MM-JJ).

Ententes interprovinciales en assurance santé
3. Demandes de paiement – 3.3 Services externes

Code de service : Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe standard	51
Retrait du code unique de la chirurgie d'un jour. Voir les codes 68 à 70.	
Hémodialyse	53
Tomodensitométrie	54
Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service	55
Médicaments de chimiothérapie totalisant moins de 1 000 \$ et visite	56
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	57
Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)	58
Imagerie par résonance magnétique	61
Service de radiothérapie	62
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	63
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	65
Médicaments de chimiothérapie totalisant 1 000 \$ et plus et visite	66
Examens de TEP-TDM	67
Chirurgie d'un jour - Faible	68
Chirurgie d'un jour - Moyen	69
Chirurgie d'un jour - Élevé	70

Code de diagnostic : Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) lorsque le service est rendu en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

Code d'intervention : Inscrire obligatoirement le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

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

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

Tarif du service : Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section [4. Tarifs interprovinciaux](#)).

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).

Ententes interprovinciales en assurance santé
3. Demandes de paiement – 3.3 Services externes

EXEMPLE

2- Détails de la demande ②			
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES		NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE	
0 9		Terre-Neuve	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		DOE JOHN	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
2 0 2 0 0 5 3 1		1 9 4 9 0 1 1 0	
NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		SEXE M/F	
		M	
		DATE DU SERVICE	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		2 0 1 7 0 5 1 5	
CODE DE DIAGNOSTIC			
I 3 1 2		I 3 2 8	
CODE D'INTERVENTION			
1 H B 5 3 L A J A			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
		0 2	
		1150:00	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		DOE JOHN	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
2 0 2 0 0 5 3 1		1 9 4 9 0 1 1 0	
NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		SEXE M/F	
		M	
		DATE DU SERVICE	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		2 0 1 7 0 5 2 0	
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
		0 1	
		270:00	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		SEXE M/F	
		DATE DU SERVICE	
		ANNÉE MOIS JOUR	
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
		TOTAL	
		1420:00	

3. Attestation de l'établissement (section 3)

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

EXEMPLE

3- Attestation de l'établissement ③	
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	R. UNTEL
Signature de la personne autorisée	<i>R. Untel</i> (LETTRES MAJUSCULES)
	DATE
	ANNÉE MOIS JOUR
	2 0 1 7 0 5 3 1

3.3.2 Expédition

La première copie de la [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire](#) (2597) doit être expédiée à l'adresse suivante :

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.3.3 Services en ligne

La RAMQ vous invite à utiliser le service en ligne **Système d'assurance hospitalisation interprovinciale (SAHI)** en toute sécurité pour rédiger et soumettre vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions dans ce service en ligne, vous devez cependant obtenir de la RAMQ un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Pour les obtenir, vous devez nous soumettre une demande d'accès. Pour utiliser le bon formulaire, veuillez [répondre au questionnaire de notre arbre décisionnel](#). Veuillez choisir *CISSS, CIUSSS et autres établissements* pour votre catégorie d'établissement ou d'organisation.

4 TARIFS INTERPROVINCIAUX

Services internes

Les tarifs interprovinciaux des services internes sont déterminés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance santé (CCEIAS).

Le tarif facturé doit correspondre au tarif journalier en vigueur à la date des services rendus dans l'établissement pour un séjour dans une salle commune, en unité de soins intensifs ou pour les nouveau-nés.

Cependant, pour certaines interventions très coûteuses, le tarif journalier est remplacé par un tarif global par hospitalisation.

Services externes

Comme les services internes, les tarifs interprovinciaux des services externes sont déterminés par le CCEIAS. Ceux-ci incluent tous les services hospitaliers fournis au patient en externe ou à l'urgence.

Pour le détail des tarifs, consultez la page Web [Manuel – Ententes interprovinciales en assurance santé](#).

5 PAIEMENT

5.1 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 RAMQ 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 RAMQ.

L'ajustement sera fait lors d'un paiement ultérieur (voir la section [5.4. Réévaluation](#)).

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

5.2 État de compte

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE
NOM Centre hospitalier de Québec				12345	20AA-10-01	1 de 2
RÈGIE DE L'ASSURANCE MALADIE Québec		Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3		ÉTAT DE COMPTE		
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					0,00
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		0,00		
	REFACTURATION	0		0,00		
	SERVICES EXTERNES					0,00
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		0,00		
	REFACTURATION	0		0,00		
	PAIEMENT REÇU				11	0,00
	TOTAL DES PAIEMENTS					0,00
SPÉCIMEN						
RETENUES						
	SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION	0				0,00
	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION	0				0,00
	SOLDE REPORTÉ					0,00
	TOTAL DES RETENUES	10			12	0,00
MONTANT NET						0,00
						13
HUP 001 4705 306 05/01						

5.2.1 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 demandes (demande de paiement, de refacturation ou de récupération pour les services internes et externes).
11. **Montant (col 1)** : Cumulatif des paiements selon les différents types de demandes (demande de paiement et de refacturation).
12. **Montant (col 2)** : Cumulatif des paiements selon les différents types de transactions (services internes, services externes ou récupération pour les services internes et externes).
13. **Montant (col 3)** : Cumulatif total des paiements et des retenues ainsi que le montant net.

2^e page (et pages subséquentes) de l'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 CHÉQUE 12345678	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-01	NUMÉRO DU PAIEMENT HU-22	DATE DE LA FACTURATION	PAGE 2 de 2			
DÉTAILS DES DEMANDES									
SERVICES INTERNES									
IDENTIFIANT DE LA DEMANDE (14)	NO. ASS. SANTÉ (15)	NOM ET PRÉNOM (16)	DATE DÉBUT (17)	DATE FIN (18)	CODE (19)	MONTANT DEMANDÉ (20)	MONTANT AUTORISÉ (21)	TYPE (22)	CODE DE MESSAGE (23)
SPÉCIMEN									
SERVICES EXTERNES									
IDENTIFIANT DE LA DEMANDE (14)	NO. ASS. SANTÉ (15)	NOM ET PRÉNOM (16)	DATE DÉBUT (17)	DATE FIN (18)	CODE (19)	MONTANT DEMANDÉ (20)	MONTANT AUTORISÉ (21)	TYPE (22)	CODE DE MESSAGE (23)
DESCRIPTION DES TYPES DE DEMANDE :									
(24)	P : DEMANDE DE PAIEMENT Z : RÉCUPÉRATION B : REFACTURATION								
DESCRIPTION DES MESSAGES									
(25)									
***** FIN DU RELEVÉ *****									
HUP 001 4705 306 05/01									

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 vide 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 demandes** : Description des types de demandes.
25. **Description des messages** : Énoncé du message explicatif correspondant au code de message.

5.3 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 RAMQ.

Si vous désirez soumettre à nouveau une demande de paiement 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.

5.4 Réévaluation

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

1. L'objet de la demande de réévaluation;
2. Les informations sur l'identification de l'établissement;
3. L'identité de la personne assurée;
4. Le numéro de contrôle externe;
5. Le montant demandé;
6. Le montant autorisé.

L'établissement peut également utiliser les formulaires présentés à la section [3 Demandes de paiement](#) 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 RAMQ pour présenter des demandes de réévaluation à la province ou au territoire de résidence des personnes assurées. Pour permettre à la RAMQ de respecter ce délai, vos demandes de réévaluation devront être reçues au plus tard 16 mois après la date des services.

Toute demande de réévaluation doit être transmise à l'adresse suivante :

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

6 MANUEL, AFFICHE DES CARTES SANTE, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

6.1 Manuel

Le présent manuel est mis à jour régulièrement et est disponible sur le site Web de la RAMQ en format PDF (version imprimable) à l'onglet *Manuel* de la section réservée aux établissements du réseau de la santé, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

6.2 Formulaires

Les [formulaires](#) sont disponibles en format dynamique sur le site Web de la RAMQ et la majorité d'entre eux peuvent être remplis à l'écran et imprimés.

Certaines fonctionnalités du formulaire dynamique ne sont utilisables qu'avec le navigateur Internet Explorer (version 8 et plus). Si vous utilisez un autre navigateur Web, enregistrez le formulaire sur votre ordinateur et ouvrez-le ensuite avec le logiciel Adobe Reader.

6.3 Demande de renseignements

Pour obtenir des renseignements sur le règlement des demandes de paiement déjà soumises à la RAMQ, les établissements doivent écrire à l'adresse suivante :

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

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	Physician billing: Medical Services Insurance PO Box 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1 Téléphone : 902 496-7008 Hospital billing: 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

Ententes interprovinciales en assurance santé

6. Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements – 6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

Provinces / territoires	Adresses
Ontario	<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>
Manitoba	<p>Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7303 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (poste 7303)</p>
Saskatchewan	<p>Saskatchewan Health T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : 306 787-3442</p>
Alberta	<p>Adresse principale : Edmonton Alberta Health 10025 Jasper Avenue P. O. Box 1360 Stn main Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 422-1954</p>
Colombie-Britannique	<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>
Yukon	<p>Health Services P. O. Box 2703, H-2. Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone : 867 667-5209</p>
Territoires du Nord-Ouest	<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>

Ententes interprovinciales en assurance santé

6. Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements – 6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

Provinces / territoires	Adresses
Nunavut	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

Ententes interprovinciales en assurance santé

6. Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements – 6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

Liste des personnes-ressources qui doivent préalablement approuver la disposition de médicaments pour la chimiothérapie

Les formulaires d’approbation préalable dûment remplis doivent être envoyés par télécopieur à la principale personne-ressource

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
T.-N.-L.	Mme Treena Nippard Gestionnaire des régimes d’assurance Division de la vérification et de l’intégrité des demandes Ministère de la Santé et des Services communautaires C.P. 8700 St. John’s (T.-N.-L.) A1B 4J6 Téléphone : 709 729-3108 Télécopieur : 709 729-1918 Courriel : treenanippard@gov.nl.ca	S. O.
Î.-P.-É.	Mme Lauren Kelly, ing., MBA Gestionnaire, Services médicaux Affaires médicales et imagerie diagnostique 16, rue Garfield C.P. 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 Téléphone : 902 368-6736 Télécopieur : 902 620-3072 Courriel : lekelly@gov.pe.ca	S. O.
N.-É.	Mme Joanne Houlihan Téléphone : 902 473-4123 Télécopieur : 902 473-3150 Courriel : Joanne.Houlihan@nshealth.ca	M. Deb Barnhill Téléphone : 902-717-6724 Télécopieur : 902-473-3150 (Halifax) Télécopieur : 902-895-5822 (Truro) Courriel : Deb.Barnhill@nshealth.ca

Ententes interprovinciales en assurance santé

6. Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements – 6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
N.-B.	<p>D^r Zeljko Bolesnikov Consultant médical – Assurance-maladie Ministère de la Santé du N.-B.</p> <p>Téléphone : 506 453-4294 Télécopieur : 506 457-7671 Courriel : zeljko.bolesnikov@gnb.ca</p>	<p>Mme Sandra Wallace Gestionnaire des réclamations, de la surveillance et de la conformité Assurance-maladie du N.-B.</p> <p>Téléphone : 506-453-2509 Télécopieur : 506-453-5332 Courriel : Saundra.wallace@gnb.ca</p>
Qc	<p>Mme Anne Vézina Conseillère, Service de l'application normative et de la révision Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Téléphone : 418 682-5191, poste 5544 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. Courriel : AUTOMED-HQ@ramq.gouv.qc.ca</p>	<p>M. Bruno Samson Agent d'évaluation, Service de l'application normative et de la révision Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Téléphone : 418 682-5191, poste 5544 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. Courriel : AUTOMED-HQ@ramq.gouv.qc.ca</p>
Ont.	<p>Ministère de la Santé et des Soins de longue durée</p> <p>Téléphone : 1 888 359-8807 Télécopieur : 613 536-3181 ou 1 866 221-3536 OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca</p>	<p>Mme Rosie Thompson Consultante principale du programme Direction générale des services de santé Téléphone : 613-539-8923 Courriel : rosie.thompson@ontario.ca</p>
Man.	<p>Mme Debbie Slobogian-Jones Gestionnaire, Unité des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province /accords de réciprocité Santé Manitoba, Aînés et Vie active 300, rue Carlton Winnipeg (Man.) R3B 3M9</p> <p>Téléphone : 204 786-7380 Télécopieur : 204 772-2248 Courriel : Deb.Slobogian-Jones@gov.mb.ca</p>	S. O.

Ententes interprovinciales en assurance santé

6. Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements – 6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
Sask.	<p>M. Darryl Boehm Directeur des services de pharmacie en oncologie Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan a/s du Centre de cancérologie Allan Blair 4101, avenue Dewdney Regina (Sask.) S4T 7T1 Télécopieur : 1-306-655-6445 Courriel : drugbilling@saskcancer.ca</p>	<p>Denise Grad Directrice intérimaire., Régimes d'assurance Direction générale des services médicaux Ministère de la Santé de la Saskatchewan Téléphone : 306 787-3425 Télécopieur : 306 787-3761 Courriel : dgrad@health.gov.sk.ca</p>
Alb.	<p>Mme Helen Trotter Chef d'équipe, Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province Direction générale des programmes d'assurance-santé Division de l'admissibilité aux avantages pharmaceutiques et supplémentaires ATB Place North, 12^e étage 10025, avenue Jasper Edmonton (Alb.) T5J 1S6 Téléphone : 780 415-1608 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : helen.trotter@gov.ab.ca</p>	<p>M. Nelson Candeias Analyste principal des activités Direction générale des programmes d'assurance-santé Téléphone : 780 415-1495 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : nelson.candeias@gov.ab.ca</p> <p>Mme Jennifer Moore Gestionnaire, Gestion des réclamations Direction générale des programmes d'assurance-santé Téléphone : 780 415-0186 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : jennifer.moore@gov.ab.ca</p>
C.-B.	<p>Contact : bccapatientbilling@bccancer.bc.ca</p>	S. O.
Yn	<p>Mme Sandra Paun Gestionnaire - Réclamations des services médicaux et hospitaliers, Déplacement à des fins médicales et Inscription Services de santé assurés (H-2) Gouvernement du Yukon B.P. 2703, Whitehorse, Yukon Y1A 2C6 Téléphone : 867 667-5822 Télécopieur : 867 393-6486</p>	<p>Gregor Gabb Analyste en information de la santé Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Yukon Téléphone : 867 667-5706 Télécopieur : 867 393-6486</p>

Ententes interprovinciales en assurance santé

6. Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements – 6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
T.N.-O.	<p>Roslyn Watters Gestionnaire des programmes d'assurance et d'admissibilité de soins de santé Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (Service de sac 9) Inuvik T.N.-O. X0E 0T0 107, chemin MacKenzie, 2^e étage, Édifice IDC</p> <p>Téléphone : 800 661-0830, poste 17 Télécopieur : 867 777-3197 Courriel : roslyn_watters@gov.nt.ca</p>	S. O.
Nu.	<p>Jim Arklay Téléphone : 867 645-8053 Télécopieur : 867 645-8092 Courriel : jarklay@gov.nu.ca</p>	<p>Annamarie Hedley Téléphone : 867 645-8002 Télécopieur : 867 645-8092 Courriel : ahedley@gov.nu.ca</p>