

1<sup>er</sup> avril 2023



# ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

---

## ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE SANTÉ

Services hospitaliers internes et externes

---



# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Personnes assurées</b> .....	<b>3</b>
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
<b>2 Services</b> .....	<b>7</b>
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
<b>3 Demandes de paiement</b> .....	<b>11</b>
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).....	22
3.2.3 Expédition.....	26
3.2.4 Services en ligne .....	27
3.3 Services externes .....	28
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).....	28
3.3.2 Expédition.....	33
3.3.3 Services en ligne .....	33
<b>4 Tarifs interprovinciaux</b> .....	<b>34</b>
<b>5 Paiement</b> .....	<b>35</b>
5.1 Mode de paiement .....	35
5.2 État de compte .....	36
5.2.1 Description .....	37
5.3 Retard de paiement.....	40
5.4 Réévaluation.....	41
<b>6 Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements</b> .....	<b>43</b>
6.1 Manuel.....	43
6.2 Formulaires .....	44
6.3 Demande de renseignements .....	45
6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires.....	46

## 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](http://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

- [pilotageHOAT@ramq.gouv.qc.ca](mailto:pilotageHOAT@ramq.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;
- **Le Rayon X avec cathétérisme cardiaque.**

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;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrire 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](#)).



### 3.2.1.1 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

	<b>Demande de paiement</b> Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE
<b>1- Établissement</b> <sup>①</sup>		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<sup>er</sup> 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 <sup>2</sup>									
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					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.



**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<sup>e</sup> jour et au 90<sup>e</sup> jour.

**EXEMPLE (1<sup>re</sup> 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	ACCIDENT <input type="checkbox"/> CODE	DÉCES <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	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
<b>TOTAL</b>					3 4 1 0 0   0 0

**EXEMPLE (2<sup>e</sup> demande de paiement)**

3- Détails de la demande <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>																					
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"/>	<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.

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

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION**

**EXEMPLE**

3- Détails de la demande <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>																		
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT <input type="checkbox"/>	CODE	DÉCÈS <input type="checkbox"/>			
2 0 2 3			0 4	0 1	2 0 2 3			0 4	1 0									
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			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE			TARIF JOURNALIER			NOMBRE DE JOURS			MONTANT FACTURÉ			
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR													
2 0 2 3	0 4	0 1	2 0 2 3	0 4	0 1	101						1			2 6 0 8 5 0 0			
2 0 2 3	0 4	0 2	2 0 2 3	0 4	0 3	405			1 0 0 0 0 0			2			2 0 0 0 0 0			
2 0 2 3	0 4	0 4	2 0 2 3	0 4	0 9	401			1 0 0 0 0 0			6			6 0 0 0 0 0			
											TOTAL		9		3 4 0 8 5 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 <sup>3</sup>																							
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			2	0	1	2 0 1 7   0 5   2 1			2	0	1	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
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			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	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 <sup>3</sup>																	
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.

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration <b>Services internes dispensés au Québec</b> Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
<b>Établissement</b> ①				Numéro de contrôle externe/External control number	
Code de l'établissement		Nom de l'établissement		Date d'admission Année Mois Jour	
Adresse (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL	
<b>Patient</b> 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		Province	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)				CODE POSTAL POSTAL CODE	
<b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b> 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"/> ÉTUDES : EDUCATION : <input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY :				DU - FROM Année Year Mois Month Jour Day AU - TO Année Year Mois Month Jour Day	
<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):				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
<b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b> 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	
<b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b> 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** : Inscire 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** : Inscire le nom de l'établissement.


**Adresse** : Inscire l'adresse complète de l'établissement.

**Province** : Inscire la province de l'établissement.

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

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

#### EXEMPLE

		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> 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	
<b>Établissement</b> 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 »** : 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 fournis.

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

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

**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<sup>er</sup> avril 2020. Il est toutefois demandé aux établissements de continuer à remplir ce champ.

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

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

**Date d'expiration de la carte** : Inscire 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 <sup>②</sup> 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		
ANNEE 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 <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):				<input type="checkbox"/> ÉTUDES : ..... EDUCATION: ..... <input type="checkbox"/> PRÉCISER : ..... SPECIFY: ..... NOM DE L'ÉTABLISSEMENT - NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION: .....		
				DU - FROM		AU - TO
				Année Year	Mois Month	Jour Day
				2017	04	01
				Année Year	Mois Month	Jour Day
				2017	04	10
				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province		ANNEE 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	
					( )	

**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
			Mois Month	Jour Day	Année Year	Mois Month
			0	4	0	1
			Jour Day	Année Year	Mois Month	Jour Day
			2	0	1	7
			Mois Month	Jour Day	Année Year	Mois Month
			0	4	0	2
			Jour Day	Année Year	Mois Month	Jour Day
			0	1	7	0

**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 :** Inscrire la date de la signature de la déclaration.

**Nom :** Inscrire 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 :** Inscrire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

**Province :** Inscrire la province du représentant du patient.

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

**Numéro de téléphone :** Inscrire le numéro de téléphone du représentant du patient.

**EXEMPLE**

Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span>			
<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

- [pilotageHQAT@ramq.gouv.qc.ca](mailto:pilotageHQAT@ramq.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**

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Demande de paiement</b> 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		
<b>1- Établissement</b>						
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				
ADRESSE (numéro, rue, localité)						
				PROVINCE	CODE POSTAL	
<b>2- Détails de la demande</b>						
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRE 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						
B						
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						
<b>TOTAL</b>						
<b>3- Attestation de l'établissement</b>						
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

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Demande de paiement</b> Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE	
<b>1- Établissement</b> 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 :** Inscrire 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 :** Inscrire 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 » :** 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.

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 :** Inscrire le nom et le prénom de la personne assurée qui figurent sur la carte.

**Date d'expiration de la carte :** Inscrire 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 :** Inscrire la date de naissance de la personne assurée selon le système international (AAAA-MM-JJ).

**Sexe de la personne assurée :** Inscrire 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<sup>er</sup> avril 2020. Il est toutefois demandé aux établissements de continuer à remplir ce champ.

**Date du service :** Inscrire 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
<b>Rayon X avec cathétérisme cardiaque</b>	<b>71</b>

**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).



### 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

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				NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE
NOM Centre hospitalier de Québec		NUMÉRO D'IDENTIFICATION 12345	NUMÉRO DE CHEQUE 12345678	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-01	HU-22	1 de 2
1			2	3	4	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			0,00		
	TOTAL DES PAIEMENTS			0,00	11	
<b>SPÉCIMEN</b>						
RETENUES						
	SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION	0		0,00		
	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION	0		0,00		
	SOLDE REPORTÉ			0,00		
	TOTAL DES RETENUES	0		0,00	10	
				0,00	12	
	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<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte**

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>				<b>ÉTAT DE COMPTE</b>					
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	NO. ASS. SANTÉ	NOM ET PRÉNOM	DATE DÉBUT	DATE FIN	CODE	MONTANT DEMANDÉ	MONTANT AUTORISÉ	TYPE	CODE DE MESSAGE
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)
<span style="font-size: 2em; font-weight: bold; transform: rotate(-10deg); display: inline-block;">SPÉCIMEN</span>									
SERVICES EXTERNES									
IDENTIFIANT DE LA DEMANDE	NO. ASS. SANTÉ	NOM ET PRÉNOM	DATE DÉBUT	DATE FIN	CODE	MONTANT DEMANDÉ	MONTANT AUTORISÉ	TYPE	CODE DE MESSAGE
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](http://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	<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 : 418 643-8114 Appel sans frais : 1 866 340-2475



## 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><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>
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.	<p><b>Mme Treena Nippard</b>                      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</p> <p>Téléphone : 709 729-3108                      Télécopieur : 709 729-1918                      Courriel : <a href="mailto:treenanippard@gov.nl.ca">treenanippard@gov.nl.ca</a></p>	S. O.
Î.-P.-É.	<p><b>Mme Lauren Kelly, ing., MBA</b>                      Gestionnaire, Services médicaux                      Affaires médicales et imagerie diagnostique                      16, rue Garfield                      C.P. 2000                      Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8</p> <p>Téléphone : 902 368-6736                      Télécopieur : 902 620-3072                      Courriel : <a href="mailto:lekelly@gov.pe.ca">lekelly@gov.pe.ca</a></p>	S. O.
N.-É.	<p><b>Mme Joanne Houlihan</b></p> <p>Téléphone : 902 473-4123                      Télécopieur : 902 473-3150                      Courriel : <a href="mailto:Joanne.Houlihan@nshealth.ca">Joanne.Houlihan@nshealth.ca</a></p>	<p><b>M. Deb Barnhill</b></p> <p>Téléphone : 902-717-6724                      Télécopieur : 902-473-3150 (Halifax)                      Télécopieur : 902-895-5822 (Truro)                      Courriel : <a href="mailto:Deb.Barnhill@nshealth.ca">Deb.Barnhill@nshealth.ca</a></p>
N.-B.	<p><b>D<sup>r</sup> Zeljko Bolesnikov</b>                      Consultant médical – Assurance-maladie                      Ministère de la Santé du N.-B.</p> <p>Téléphone : 506 453-4294                      Télécopieur : 506 457-7671                      Courriel : <a href="mailto:zeljko.bolesnikov@gnb.ca">zeljko.bolesnikov@gnb.ca</a></p>	<p><b>Mme Sandra Wallace</b>                      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 : <a href="mailto:Saundra.wallace@gnb.ca">Saundra.wallace@gnb.ca</a></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
Qc	<p><b>Mme Anne Vézina</b> Conseillère, Service de l'application normative et de la révision Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Téléphone : 418 682-5191, poste 5396 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. Courriel : <a href="mailto:AUTOMED-HQ@ramq.gouv.qc.ca">AUTOMED-HQ@ramq.gouv.qc.ca</a></p>	<p><b>M. Bruno Samson</b> 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 : <a href="mailto:AUTOMED-HQ@ramq.gouv.qc.ca">AUTOMED-HQ@ramq.gouv.qc.ca</a></p>
Ont.	<p><b>Ministère de la Santé et des Soins de longue durée</b></p> <p>Téléphone : 1 888 359-8807 Télécopieur : 613 536-3181 ou 1 866 221-3536 <a href="mailto:OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca">OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca</a></p>	<p><b>Mme Rosie Thompson</b> Consultante principale du programme Direction générale des services de santé</p> <p>Téléphone : 613-539-8923 Courriel : <a href="mailto:rosie.thompson@ontario.ca">rosie.thompson@ontario.ca</a></p>
Man.	<p><b>Mme Debbie Slobogian-Jones</b> 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 : <a href="mailto:Deb.Slobogian-Jones@gov.mb.ca">Deb.Slobogian-Jones@gov.mb.ca</a></p>	S. O.
Sask.	<p><b>M. Darryl Boehm</b> 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</p> <p>Télécopieur : 1-306-655-6445 Courriel : <a href="mailto:drugbilling@saskcancer.ca">drugbilling@saskcancer.ca</a></p>	<p><b>Denise Grad</b> Directrice intérimaire., Régimes d'assurance Direction générale des services médicaux Ministère de la Santé de la Saskatchewan</p> <p>Téléphone : 306 787-3425 Télécopieur : 306 787-3761 Courriel : <a href="mailto:dgrad@health.gov.sk.ca">dgrad@health.gov.sk.ca</a></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
Alb.	<p><b>Mme Helen Trotter</b>            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<sup>e</sup> étage            10025, avenue Jasper            Edmonton (Alb.) T5J 1S6</p> <p>Téléphone : 780 415-1608            Télécopieur : 780 422-1958            Courriel : <a href="mailto:helen.trotter@gov.ab.ca">helen.trotter@gov.ab.ca</a></p>	<p><b>M. Nelson Candeias</b>            Analyste principal des activités            Direction générale des programmes d'assurance-santé</p> <p>Téléphone : 780 415-1495            Télécopieur : 780 422-1958            Courriel : <a href="mailto:nelson.candeias@gov.ab.ca">nelson.candeias@gov.ab.ca</a></p> <p><b>Mme Jennifer Moore</b>            Gestionnaire, Gestion des réclamations            Direction générale des programmes d'assurance-santé</p> <p>Téléphone : 780 415-0186            Télécopieur : 780 422-1958            Courriel : <a href="mailto:jennifer.moore@gov.ab.ca">jennifer.moore@gov.ab.ca</a></p>
C.-B.	<p>Contact :  <a href="mailto:bccpatientbilling@bccancer.bc.ca">bccpatientbilling@bccancer.bc.ca</a></p>	S. O.
Yn	<p><b>Mme Sandra Paun</b>            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</p> <p>Téléphone : 867 667-5822            Télécopieur : 867 393-6486</p>	<p><b>Gregor Gabb</b>            Analyste en information de la santé            Ministère de la Santé et des Services sociaux,            Gouvernement du Yukon</p> <p>Téléphone : 867 667-5706            Télécopieur : 867 393-6486</p>
T.N.-O.	<p><b>Roslyn Watters</b>            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<sup>e</sup> étage, Édifice IDC</p> <p>Téléphone : 800 661-0830, poste 17            Télécopieur : 867 777-3197            Courriel : <a href="mailto:roslyn_watters@gov.nt.ca">roslyn_watters@gov.nt.ca</a></p>	S. O.
Nu.	<p><b>Jim Arklay</b>            Téléphone : 867 645-8053            Télécopieur : 867 645-8092            Courriel : <a href="mailto:jarklay@gov.nu.ca">jarklay@gov.nu.ca</a></p>	<p><b>Annamarie Hedley</b>            Téléphone : 867 645-8002            Télécopieur : 867 645-8092            Courriel : <a href="mailto:ahedley@gov.nu.ca">ahedley@gov.nu.ca</a></p>