

**ENTENTES INTERPROVINCIALES  
EN ASSURANCE SANTÉ**

**SERVICES HOSPITALIERS EXTERNES**

**MISE À JOUR : 29  
NOVEMBRE 2014**

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

**SOMMAIRE**

**NOTE :** Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

- **INTRODUCTION**
  - Modification d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) et [2](#)
  
- **PERSONNES ASSURÉES**
  - Modification d'ordre administratif

**Pages :** [3](#), [5](#), [6](#) et [8](#)
  
- **DEMANDE DE PAIEMENT**
  - Modification d'ordre administratif

**Page :** [1](#)
  
- **PAIEMENT**
  - Modification d'ordre administratif

**Page :** [1](#)
  
- **TARIFS INTERPROVINCIAUX**
  - Modification des tarifs

**Page :** [1](#)

  - Modification officielle

**Pages :** [2](#) et [3](#)
  
- **MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS**
  - Modification d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) à 3

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # corrections d'ordre administratif
  - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN 978-2-550-48902-3

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Centre d'information et d'assistance aux professionnels



## # INTRODUCTION

Le Manuel des ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers externes, vise à vous renseigner sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des services externes entre les provinces et les territoires.

À cet égard, ce manuel contient, notamment, les instructions relatives à la rédaction de la demande de paiement de services externes dispensés 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 est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

### # **Site Web de la Régie : Pour être mieux informés**

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

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour de votre manuel, les info-lettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente et plus encore.

# Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à la page suivante.

## COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

## # Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

# Ce guide est également disponible dans notre site Web. Les cartes santé sont reproduites en couleurs. Vous pouvez y accéder, en tout temps.

**Par courrier électronique :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

**Par téléphone :**

- Québec : 418 643-8210

- Ailleurs au Québec : 1 800 463-7763

**Par télécopieur :**

- Québec : 418 646-3492

**Par la poste :**

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

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

**MAJ**

= mise à jour

**XX**

= numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier

**MMMM 20AA**

= mois et année de la publication de la mise à jour

**ZZ**

= ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- le **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);

- le **00** démontre qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'un règlement.

**Remarque :** Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

# La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires. Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

**Si vous désirez soumettre vos demandes de paiement sur le formulaire papier, suivez les instructions dans le présent guide.**

## COLOMBIE-BRITANNIQUE (suite)



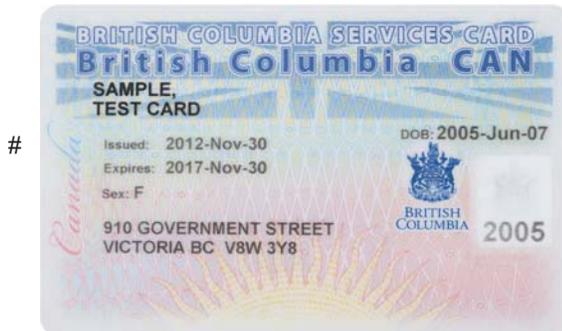
## CARTE SANTÉ ET PERMIS DE CONDUIRE AVEC PHOTO

La carte santé régulière est en plastique sur fond blanc, avec une trame fond rouge et bleu. Dans la partie supérieure de la carte, il y a le drapeau de la Colombie-Britannique de couleur bleu. Les mots « Driver's Licence and Services Card » sont en blanc avec un contour bleu et « British Columbia CAN » sont en bleu. Dans la partie inférieure de la carte, il y a un soleil de couleur jaune. Les renseignements personnels sont inscrits à l'encre noire. La carte porte la photo de la personne assurée à gauche et la même photo miniaturisée en noir et blanc avec l'année de naissance à droite. Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.



## CARTE SANTÉ AVEC PHOTO

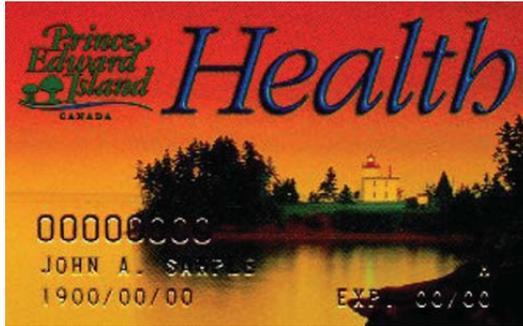
Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais celle-ci est seulement pour la carte santé, donc dans la partie supérieure de la carte on retrouve seulement les mots « British Columbia Services Card ». Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.



## CARTE SANTÉ SANS PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais il n'y a pas de photo. Il y a seulement un carré miniaturisée blanc avec l'année de naissance à droite. Cette carte est pour les enfants, les aînés et les immigrants temporaires. Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.

## ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD



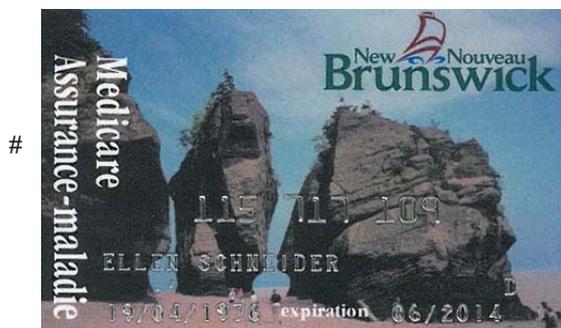
La carte santé de l'Île-du-Prince-Édouard est en plastique. Elle présente, sur fond orangé, un phare sur une presqu'île. La carte contient le numéro d'assurance maladie à huit chiffres, le nom, la date de naissance et le sexe de la personne assurée ainsi que la date d'expiration de la carte. L'année de la date d'expiration est indiquée par 4 chiffres.

Attention à la date d'expiration.



## NOUVEAU-BRUNSWICK

Nouvelle carte :



La carte santé est en plastique. On y retrouve :

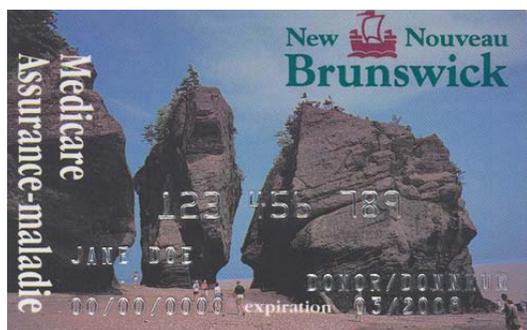
- un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell;
- le bateau inclus dans le logo du Nouveau-Brunswick, a été changé;
- le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres;
- le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi que la date d'expiration;
- au verso, elle est munie d'une bande magnétique.

Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent.

Cette carte a une durée de validité de cinq ans, elle est la seule valide et remplace toutes les cartes émises précédemment.

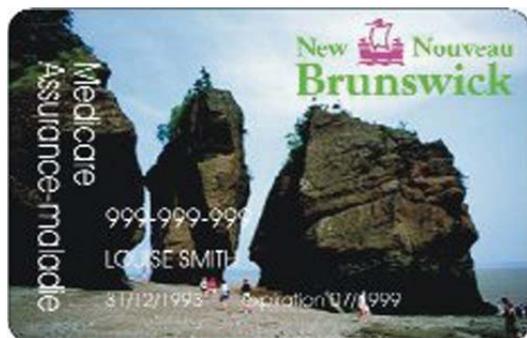
Attention à la date d'expiration.

Autres cartes :



Dans les deux cartes, les renseignements sont les mêmes, seule la présentation est différente.

Attention à la date d'expiration.

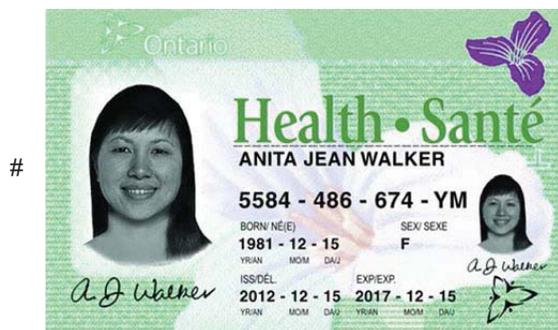




## ONTARIO

L'Ontario a présentement 5 modèles de carte en circulation.

Nouvelle carte :



La nouvelle carte est en plastique sur fond vert et blanc. On y trouve :

- le numéro d'assurance maladie à 10 chiffres suivi d'un code à 2 lettres;
- le nom, la date de naissance et le sexe de la personne assurée;
- les dates d'émission et d'expiration de la carte;
- deux photos en noir et blanc suivies chacune de la signature de la personne assurée, une photo primaire plus grosse et une miniaturisée;
- à droite, dans le coin supérieur, la fleur officielle de l'Ontario, la trille, plus grosse que celle inscrite dans le coin inférieur.

Attention à la date d'expiration.

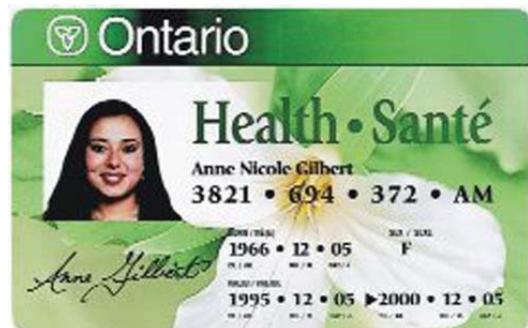
Autres cartes :



## CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la nouvelle carte. La photo de gauche est en couleurs et la miniaturisée est en ton de gris. Les logos sont présentées de façon différente.

Attention à la date d'expiration.

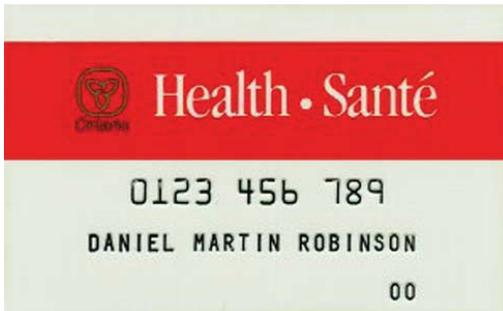


## CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la précédente. La seule différence est qu'il n'y a pas de photo miniaturisée. La photo est en couleurs.

Attention à la date d'expiration.

## ONTARIO (suite)



## CARTE ORIGINALE ROUGE ET BLANC

Une carte en plastique rouge et blanc portant le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 10 chiffres et, dans certains cas, un code à 2 caractères au bas, à droite.

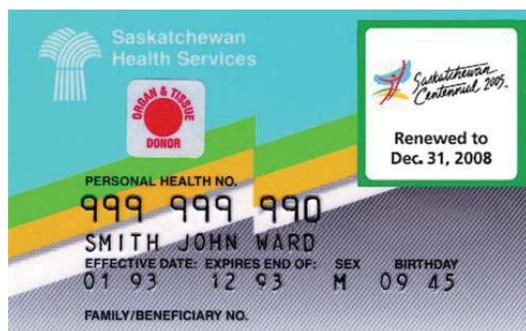


## CARTE DES 65 ANS

Une carte en plastique rouge et blanc destinée aux personnes de 65 ans ou plus. Le nombre 65 apparaît à la suite des mots Health et Santé. Elle porte le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 10 chiffres et, dans certains cas, un code au bas à droite.

## SASKATCHEWAN

La carte santé de la Saskatchewan est en plastique. La partie supérieure est bleue et la partie inférieure est grise. Elle est traversée, au centre, par des rayures verte, jaune et blanche. On retrouve sur la carte le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres (Personal Health No.), le nom, le sexe, le mois et l'année de naissance de la personne assurée ainsi que les dates d'entrée en vigueur et d'expiration.



## CARTES ÉMISES EN 2005 OU AVANT

Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide de deux chiffres pour le mois suivis de deux chiffres pour l'année (mm aa) si elles ont été émises avant 2000.

Pour rester valides, les cartes doivent porter une vignette de validation portant la date du 31 décembre 2011 dans le coin supérieur droit.



## CARTES ÉMISES APRÈS 2005

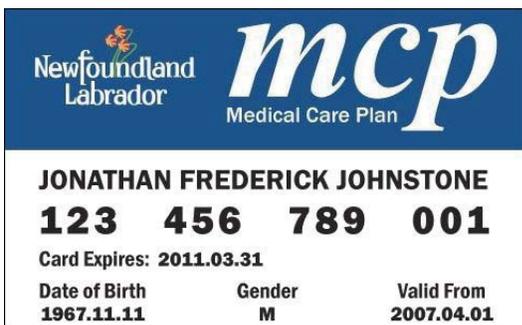
Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

Le verso de la carte affiche une ligne pour la signature du détenteur de la carte, l'adresse et les numéros de téléphone des services administratifs de la santé.

**NOTE :** Il importe que les fournisseurs de services s'assurent que la carte n'est pas expirée. La date d'expiration est la date la plus tardive entre les suivantes :

- la date imprimée en relief sur la carte santé de plastique
- la date sur la vignette de validation. La vignette de validation représente une liasse vert pâle sur fond vert foncé; le texte imprimé est noir et se lit comme suit : « RENEWED TO DEC. 31, 2011 »

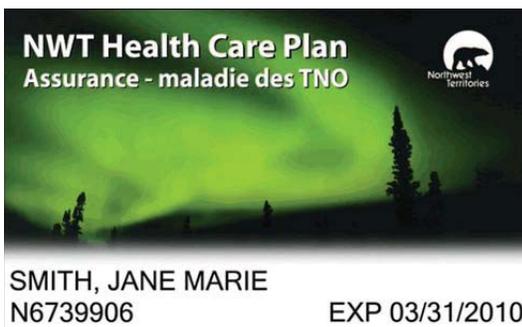
## TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



À compter d'avril 2008 et pour une durée de cinq ans, les cartes embossées seront remplacées à expiration par les cartes imprimées au laser. Pendant cette période de migration, les deux types de carte seront valides. Les cartes contiennent le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 12 chiffres, la date d'expiration, la date de naissance, le sexe et la date d'entrée en vigueur.

Attention à la date d'expiration.

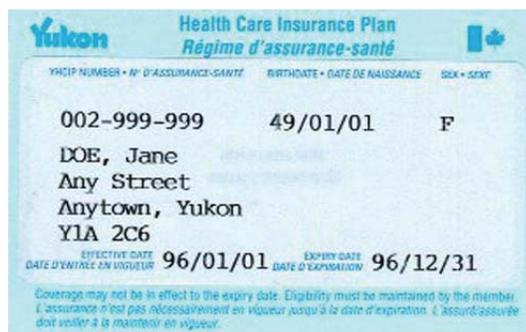
## TERRITOIRES DU NORD-OUEST



La carte santé des Territoires du Nord-Ouest est en papier et présente, comme trame de fond très pâle, un paysage nordique. Les lettres et les chiffres sont en noir. La carte contient le nom, l'adresse, la date de naissance et le sexe de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie qui se compose d'une lettre et de 7 chiffres ainsi que les dates d'entrée en vigueur et d'expiration de la carte.

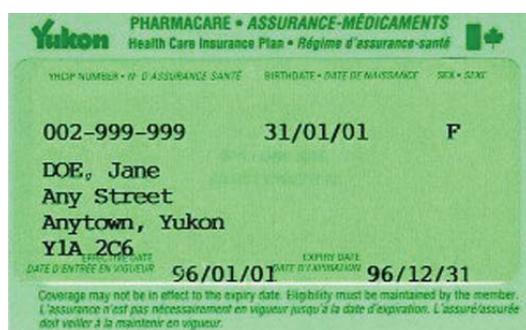
Attention à la date d'expiration.

## YUKON



Le Yukon a deux modèles de cartes santé en circulation. L'une est en plastique bleu. L'étiquette est bleu pâle. Les lettres et les chiffres sont bleu foncé. La carte contient le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres, le nom, l'adresse, la date de naissance et le sexe de la personne assurée, l'indication concernant le don d'organes ainsi que les dates d'entrée en vigueur et d'expiration de la carte.

Attention à la date d'expiration.



L'autre carte est verte. Elle est émise aux personnes de 65 ans ou plus inscrites au programme d'assurance des services pharmaceutiques (Pharmacare) et au programme de prestations complémentaires de santé (Extended Benefits). Les détenteurs de la carte verte ont droit aux prestations offertes aux aînés ainsi qu'aux services hospitaliers et aux services médicaux. La carte verte est émise également au conjoint ou à la conjointe si cette personne a 60 ans ou plus.

Attention à la date d'expiration.

### 3. DEMANDE DE PAIEMENT

#### SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE (formulaire 2597)

#### 3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire (2597)* lorsque l'établissement demande le paiement de services externes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur ce formulaire permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée.

#### Instructions générales :

- # - Remplir le formulaire en lettres détachées;
- 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 des personnes assurées;
- Remplir toutes les sections du formulaire selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Signer la demande de paiement;
- L'établissement doit conserver dans ses dossiers l'adresse de chaque personne assurée traitée;
- Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

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

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

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

À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de réclamer les coûts des services. Il n'a pas le droit, non plus, de réclamer au patient le paiement des services ni de recourir à une agence de recouvrement. Mais, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consultez la section 6.3 *Adresses de correspondance des provinces et des territoires*).

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

<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</b>	
<b>1- Établissement</b>					
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT <b>2</b>		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT <b>3</b>			
ADRESSE (numéro, rue, localité) <b>4</b>				PROVINCE <b>5</b>	
				CODE POSTAL <b>6</b>	
<b>2- Détails de la demande</b>					
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES <b>7</b>			NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE <b>8</b>		
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » <b>9</b>		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) <b>11</b>			CODE DE SERVICE <b>17</b>
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR <b>12</b>		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> <b>13</b>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR <b>14</b>	
SEXE M/F <b>15</b>		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR <b>16</b>			TARIF DU SERVICE <b>22</b>
<b>A</b>					
CODE DE DIAGNOSTIC <b>18</b>					
CODE D'INTERVENTION <b>19</b>					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE <b>20</b>					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU <b>21</b>					
<b>B</b>					
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		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
SEXE M/F		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
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>C</b>					
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		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
SEXE M/F		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
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>23</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 _____ (LETTRES MAJUSCULES)					
Signature de la personne autorisée <b>24</b>				DATE ANNÉE MOIS JOUR	

## 4. PAIEMENT

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

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

4.2 ÉTAT DE COMPTE

Régie de l'assurance maladie <b>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 1 de 2																														
1	2	3	4	5	6	7																														
CENTRE HOSPITALIER DE QUÉBEC 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3																																				
8	SOMMAIRE																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">PAIEMENTS ET RETENUES</th> <th style="width: 15%;">NOMBRE</th> <th style="width: 25%;">MONTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><b>PAIEMENTS</b></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             9 SERVICES INTERNES                                DEMANDES DE PAIEMENT                                REFACTURATION                         </td> <td style="text-align: center;">0 0</td> <td style="text-align: right;">0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             SERVICES EXTERNES                                DEMANDES DE PAIEMENT                                REFACTURATION                         </td> <td style="text-align: center;">0 0</td> <td style="text-align: right;">0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             PAIEMENT REÇU                         </td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             TOTAL DES PAIEMENTS                         </td> <td></td> <td style="text-align: right;">12 0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>RETENUES</b></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION                              SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION                              SOLDE REPORTÉ                         </td> <td></td> <td style="text-align: right;">0,00 0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             TOTAL DES RETENUES                         </td> <td></td> <td style="text-align: right;">13 0,00</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">                             MONTANT NET                         </td> <td></td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> </tbody> </table>							PAIEMENTS ET RETENUES	NOMBRE	MONTANT	<b>PAIEMENTS</b>			9 SERVICES INTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00	SERVICES EXTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00	PAIEMENT REÇU	10	0,00	TOTAL DES PAIEMENTS		12 0,00	<b>RETENUES</b>			SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION SOLDE REPORTÉ		0,00 0,00 0,00	TOTAL DES RETENUES		13 0,00	MONTANT NET		0,00
PAIEMENTS ET RETENUES	NOMBRE	MONTANT																																		
<b>PAIEMENTS</b>																																				
9 SERVICES INTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00																																		
SERVICES EXTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00																																		
PAIEMENT REÇU	10	0,00																																		
TOTAL DES PAIEMENTS		12 0,00																																		
<b>RETENUES</b>																																				
SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION SOLDE REPORTÉ		0,00 0,00 0,00																																		
TOTAL DES RETENUES		13 0,00																																		
MONTANT NET		0,00																																		

SPÉCIMEN

HUP 001 4705 306 05/01

## 5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

## 5.1 TARIFS DES SERVICES

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

Ces tarifs **incluent tous les services** fournis au patient en services externes ou à l'urgence. Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire *in vivo*, de tomographie avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, **les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise** (compétente professionnelle).

# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
+ 01	Consultation externe standard – Comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux. Exclut les services faisant partie d'autres codes de service. (voir la note n <sup>o</sup> 7)	288,00
+ 02	Chirurgie d'un jour – Comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque (tant le côté technique de l'imagerie diagnostique que le volet soins infirmiers et soins intensifs de cette intervention). (voir la note n <sup>o</sup> 8)	1 169,00
+ 03	Hémodialyse	423,00
+ 04	Tomographie avec ordinateur	630,00
+ 05	Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service. Comprend la radiographie générale, la mammographie, les procédures de laboratoire en consultation externe et les prélèvements en laboratoire, sauf ceux qui font partie du code pour les procédures coûteuses de laboratoire en consultation externe (code de service 15). (voir la note n <sup>o</sup> 9)	144,00
+ 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer.	1 334,00
+ 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : <b>221 \$ plus le coût réel des médicaments.</b>	
+ 08	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)(la lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue)	717,00
+ 09	Annulé - Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies.	
+ 10	Annulé – Deuxième consultation externe le même jour	
+ 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste	686,00
+ 12	Service de radiothérapie.	382,00
+ 13	Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires : le prix indiqué sur la facture de l'implant spécial (facture requise), plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour.	
+ 15	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire de <b>plus de 144 \$</b> qui ne sont pas inclus sous un autre code de service. On doit utiliser le tarif prévu dans le barème des prestations pour la médecine de laboratoire de la province concernée. Lorsque le tarif ne figure pas au barème, on doit utiliser un tarif négocié entre les provinces (le dépistage génétique est exclu).	

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006, il est possible de facturer **un** service hospitalier codé 01 à 15 dispensé le jour même de l'admission du patient à l'hôpital ou de son congé.

**5.2 RÈGLES POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES****Notes :**

1. Là où les tarifs applicables ont été établis d'après une accumulation de coûts suivant la règle de facturation, une facture par patient par hôpital par jour.
2. Il convient de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.
- + 3. Lorsque deux services de consultation externe ou plus (codes de service 01 à 15) sont offerts le même jour dans le même hôpital (peu importe si le patient a eu son congé et a été admis à nouveau dans le même hôpital le même jour), un seul service de consultation externe peut être facturé par l'hôpital (c.-à-d. l'activité ayant le taux le plus élevé).
- + 4. Des frais de consultation externe peuvent être facturés le même jour que la date d'admission ou de congé d'un patient hospitalisé dans le même hôpital à condition que le patient ne soit pas enregistré en tant que patient admis à l'hôpital au moment où les services ont été rendus.
- + 5. Si une personne reçoit un service de consultation externe alors qu'elle est le patient de l'hôpital, ce dernier ne peut pas facturer le service de consultation externe. Dans ce cas, les coûts des services sont inclus dans les tarifs journaliers d'hospitalisation.
- + 6. Si un patient est inscrit à un hôpital à titre de patient externe et quitte avant de voir un médecin ou de recevoir un traitement, le code 01 peut être facturé.
- + 7. Un malade externe est une personne qui a été officiellement acceptée par un hôpital et qui reçoit au minimum un service de santé sans être admise à titre de malade hospitalisé et dont les renseignements personnels ont été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et à qui un seul identificateur a été assigné pour consigner les services ou en assurer le suivi.

Le nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux comprend les services suivants :

- Médecine nucléaire – images diagnostiques et traitements utilisant des produits radiopharmaceutiques. Comprend la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Exclut les scintigraphies en médecine nucléaire superposées sur des images provenant de modalités comme la tomographie par ordinateur (TO) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), p. ex. TEPU/TO, qui ont leurs propres codes de service.
  - Radioscopie – technique d'imagerie permettant d'obtenir en temps réel des images en mouvement d'un patient au moyen d'un fluoroscope, conçu pour capter le rayonnement ionisant externe sur un écran fluorescent.
  - Échographie – la production d'un enregistrement visuel des tissus organiques grâce à des ondes sonores à haute fréquence.
  - Études angiographiques et interventionnelles – l'utilisation de l'énergie de rayonnement dégagée par l'équipement à rayons X pendant les études angiographiques et interventionnelles. Ces techniques de radiographie utilisent des méthodes à effraction minimale et le guidage d'imagerie pour procéder à des études qui remplacent les interventions chirurgicales traditionnelles comme l'artériographie diagnostique, les interventions vasculaires rénales et périphériques, la visualisation biliaire, les interventions d'accès veineux et l'embolisation.+
- + 8. Un patient en chirurgie d'un jour est une personne inscrite au préalable afin de recevoir des services offerts par un centre fonctionnel qui dispose de l'équipement et du personnel nécessaires pour offrir des chirurgies d'un jour (p. ex. une salle d'opération, une salle d'endoscopie, un laboratoire de cathétérisme).
  - + 9. Pour ce qui est des prélèvements en laboratoire, il s'agit d'un tarif moyen pour tous les prélèvements envoyés à un établissement pour un patient donné en vue de l'exécution d'analyse en laboratoire en l'absence du patient en question.

La radiologie générale se rapporte à l'utilisation d'énergie de rayonnement dégagée par de l'équipement à rayons X à des fins de diagnostic général. La mammographie consiste à prendre une radiographie du tissu mammaire à des fins de dépistage ou de diagnostic.

## + Façon de facturer les services de laboratoire :

Scénarios	Coût = ou < 144 \$	Coût > 144 \$
A. Échantillons envoyés ailleurs	Code 05	Code 15
B. Patient se présente au laboratoire avec une référence de l'extérieur de l'hôpital	Code 05	Code 15
C. Patient vu à l'urgence/la clinique externe se présente au laboratoire le même jour	Code 01	Code 01
D. Patient vu à l'urgence/la clinique externe se présente au laboratoire un jour différent	Code 01 pour visite à l'urgence et code 05 pour laboratoire	Code 01 pour visite à l'urgence et code 15 pour laboratoire



## 6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

### 6.1 MANUEL

#### 6.1.1 MANUEL SUR INTERNET

- # Le manuel destiné aux établissements de la santé est mis à jour régulièrement et disponible sur le site Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

#### 6.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande de l'établissement de la santé, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour seront transmises par la poste.

- # Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique\* *Demande de manuel ou de brochure papier (2907)* se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

L'établissement de la santé peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

### 6.2 FORMULAIRES

#### 6.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

- # La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

#### 6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, l'établissement de la santé utilisant la demande de paiement (2597), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1<sup>er</sup> avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable.

#### 6.2.3 COMMANDE

- # Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique\* *Commande de formulaires et d'enveloppes (1491)* disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

### 6.3 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

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

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

- # La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

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

## 6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

**RÉGIMES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX  
D'ASSURANCE HOSPITALISATION**

<b>PROVINCES / TERRITOIRES</b>	<b>ADRESSES</b>
# <b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	Department of Health and Community Services Medical Care Plan 22 High Street P. O. Box 5000 Grand Falls - Windsor, NL A2A 2Y4 Téléphone : 709 292-4000
# <b>Ile-du-Prince-Édouard</b>	Health PEI Medicare Division 35 Douses Road P. O. Box 3000 Montague (Ile-du-Prince-Edouard) C0A 1R0 Téléphone : 902 838-0931
# <b>Nouvelle-Écosse</b>	Medical Services Insurance P. O. Box 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1 Téléphone : 902 468-9700
# <b>Nouveau-Brunswick</b>	Oop-Réclamations médicales Ministère de la santé et du mieux-être Case Postale 5100 Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 457-6949
<b>Québec</b>	Services hospitaliers hors du Québec Régie de l'assurance maladie du Québec Case Postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3 Téléphone Montréal : 514 864-3411 Appel sans frais : 1 800 561-9749
# <b>Ontario</b>	Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services hospitaliers) MacDonald-Cartier Building Financial Management Branch 2 <sup>nd</sup> floor 49 Place D'Armes Kingston (ON) K7L 5J3 Téléphone : 613 548-6600  Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services médicaux) Claims processing 700-75 Albert Street Ottawa (ON) K1P 5Y9 Téléphone : 613-237-9100
# <b>Manitoba</b>	Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7303 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (poste 7303)
# <b>Saskatchewan</b>	Saskatchewan Health T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : 306 787-3442

**RÉGIMES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX  
D'ASSURANCE HOSPITALISATION**

<b>PROVINCES / TERRITOIRES</b>	<b>ADRESSES</b>
# <b>Alberta</b>	Alberta Health 10025 Jasper Avenue P. O. Box 1360 Stn main Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 422-1954
# <b>Colombie-Britannique</b>	Medical Services Plan P. O. Box 9480 Stn Prov Govt Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E7 Téléphone : 604 456-6950 Fax : 250 405-3588
# <b>Yukon</b>	Health Services P. O. Box 2703, H-2. Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone : 867 667-5209
# <b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Department of Health and Social Services Health Services Administration 2 <sup>nd</sup> Floor, IDC Building Bag Service #9 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0 Appel sans frais : 1 800 661-0830
# <b>Nunavut</b>	Health Insurance Programs Department of Health and Social Services Government of Nunavut Box 889 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0 Téléphone : 867 645-8001 Appel sans frais : 1 800 645-0833