

**ENTENTES INTERPROVINCIALES  
EN ASSURANCE SANTÉ**  
**SERVICES HOSPITALIERS INTERNES**

**MISE À JOUR : 15  
OCTOBRE 2005**

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

**SOMMAIRE**

**- INTRODUCTION**

- . Modifications d'ordre administratif

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

**- TABLE DES MATIÈRES**

- . Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) et [2](#)

**- PERSONNES ASSURÉES** - Cet onglet remplace l'onglet **BÉNÉFICIAIRES**

- . Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) à 9

**- SERVICES**

- . Liste des adresses et numéros de téléphone des provinces et des territoires enlevée de cette section (apparaît maintenant à la section 6.3)

**Page :** [2](#)

**- DEMANDE DE PAIEMENT**

- . Nouveau formulaire « Demande de paiement » (n° 3885) remplaçant le formulaire n° 2390 et les instructions de facturation

**Pages :** [1](#) à 21

- . Nouveau formulaire « Déclaration d'assurance hospitalisation » (n° 3716) et les instructions de facturation

**Pages :** [22](#) à 33

**- PAIEMENT**

- . Nouvel état de compte et les instructions administratives

**Pages :** [1](#) à 6

- **TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- . Changements apportés dans le cadre des ententes interprovinciales en assurance santé

**Pages :** 1 à 10

- **DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS**

- . Changements d'ordre administratif et ajout de la section - Adresse de correspondance des provinces et des territoires

**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 nationale du Québec  
ISBN 2-551-12541-3

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
**Service de l'information aux professionnels**

**Régie de  
l'assurance maladie**  
**Québec** 

## # INTRODUCTION

Le but du présent manuel est de 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** entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

En vertu de cet accord, la Régie rembourse aux établissements les coûts des services internes 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 internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire et à la déclaration d'assurance hospitalisation ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

Les établissements sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement. **Une information incomplète pourrait entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.**

Lorsque le texte de ce manuel est modifié, chaque détenteur reçoit les pages révisées pour en permettre la mise à jour.

Enfin, la Régie offre un service d'information dont le rôle est de renseigner le personnel des établissements sur les procédures administratives afférentes au programme interprovincial de services internes. On peut, à cette fin, communiquer avec le Service de l'application des programmes :

### Par le site Internet :

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

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

### Par courrier électronique Internet :

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

- # (Cette communication n'est pas sécurisée. Vous ne devez pas transmettre de renseignement personnel par ce courriel)

### # Par téléphone ou télécopieur :

- Québec : (418) 643-8210 ou Télécopieur : (418) 643-5967  
- Montréal : (514) 873-3480

### # Par la poste :

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

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN 2-551-12541-3

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
**Service de l'information aux professionnels**

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

#

**SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE****Exemple : MAJ 15 / xxxx 2005 / 99**

<b>MAJ</b>	= mise à jour
<b>15</b>	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier
<b>xxxx 2005</b>	= mois et année de la publication de la mise à jour
<b>99</b>	= ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"><li>- le <b>99</b> indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout d'un « <b>AVIS</b> », correction d'une erreur de transcription d'un document officiel, etc.);</li><li>- le <b>00</b> démontre qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'un règlement.</li></ul>

**Remarque :** Conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour s'y reporter ultérieurement.

# <b>Remarque :</b>	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 Internet de la Régie à <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a> 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.**

#	TABLE DES MATIÈRES	<i>Page</i>
1.	PERSONNES ASSURÉES .....	1
1.1	PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD .....	1
1.2	PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD .....	1
1.3	PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE .....	2
2.	SERVICES .....	1
2.1	SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD .....	1
2.2	SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD .....	2
3.	DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>Formulaire n° 3885</i> ) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION ( <i>Formulaire n° 3716</i> ) .....	1
3.0	AVANT-PROPOS .....	1
3.1	DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>Formulaire n° 3885</i> ) .....	3
3.2	RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....	5
3.2.1	Établissement ( <i>Partie 1</i> ) .....	5
3.2.2	Patient ( <i>Partie 2</i> ) .....	7
3.2.3	Détails de la demande ( <i>Partie 3</i> ) .....	9
3.2.4	Renseignements complémentaires ( <i>Partie 4</i> ) .....	11
3.2.5	Attestation de l'établissement ( <i>Partie 5</i> ) .....	11
3.3	INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION .....	12
3.3.1	Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu) .....	12
3.3.2	Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation) .....	15
3.3.3	Lithotripsie, y compris les services de radiologie et les échographies .....	16
3.3.4	Imagerie par résonance magnétique (IRM), y compris les services de radiologie .....	17
3.3.5	Implants spéciaux .....	18
3.3.6	Interventions cardiovasculaires .....	19
# 3.3.7	Greffe de moelle osseuse et de cellules souches .....	21
3.4	DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION ( <i>Formulaire n° 3716</i> ) .....	23
3.5	RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION .....	25
3.5.1	Établissement ( <i>Partie 1</i> ) .....	25
3.5.2	Patient ( <i>Partie 2</i> ) .....	27
3.5.3	Résidence temporaire au Québec ( <i>Partie 3</i> ) .....	29
3.5.4	Installation permanente au Québec ( <i>Partie 4</i> ) .....	31
3.5.5	Déclaration du patient ou de son représentant ( <i>Partie 5</i> ) .....	33
3.6	EXPÉDITION .....	33
3.7	UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE .....	33

	<i>Page</i>
4. PAIEMENT .....	<b>1</b>
4.1 MODE DE PAIEMENT.....	<b>1</b>
4.2 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
4.2.1 Description .....	<b>3</b>
4.3 RETARD DE PAIEMENT .....	<b>6</b>
4.4 RÉÉVALUATION.....	<b>6</b>
5. TARIFS INTERPROVINCIAUX.....	<b>1</b>
5.1 TARIFS DES SERVICES .....	<b>1</b>
5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses .....	<b>1</b>
5.1.2 Tarif journalier .....	<b>3</b>
5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires.....	<b>4</b>
5.1.3.1 Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire selon la « Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux » (CCADTC).....	<b>5</b>
5.1.4 Tarifs pour la facturation interprovinciale des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches.....	<b>8</b>
5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION DE COEUR, FOIE, POUMON, REIN OU REIN ET PANCRÉAS (CODES 101 À 108).....	<b>9</b>
5.3 RÈGLES D'APPLICATION RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE MOELLE OSSEUSE ET DE CELLULES SOUCHES .....	<b>10</b>
6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS.....	<b>1</b>
6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT.....	<b>1</b>
6.2 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS.....	<b>1</b>
6.3 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES .....	<b>2</b>

**# 1. PERSONNES ASSURÉES****1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD**

Cet accord vise tous les résidents canadiens qui reçoivent des services internes dans un établissement situé hors de leur province ou 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 section 1.3).

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.

La personne doit également signer la déclaration de participation à un régime d'assurance hospitalisation (« Déclaration d'assurance hospitalisation »).

Les résidents canadiens qui reçoivent des services internes 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 les frais des services internes**.

**1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD**

- 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, le paiement des services rendus doit être réclamé au patient.

## 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.

## ALBERTA



La carte santé de l'Alberta est en papier. Le fond est blanc avec l'emblème floral de la province, la rose aciculaire, en gris. Dans la partie supérieure de la carte, il y a une large bande de couleur bleu sarcelle. Le texte pré-imprimé et le logo Alberta Health sont également de couleur bleu sarcelle. Des cartes individuelles sont émises. La carte contient les renseignements suivants : le numéro d'assurance maladie (Personal Health No.) à neuf chiffres, le nom, le sexe et la date de naissance de la personne assurée. Le verso de la carte constitue une carte universelle de donneur.

## COLOMBIE-BRITANNIQUE



La carte santé régulière est en plastique sur fond blanc et le mot « CareCard » apparaît, comme trame de fond, en gris. Les mots « British Columbia Care » apparaissent en bleu et le mot « Card » en rouge. Les mots « Care » et « Card » sont en grosses lettres. On peut également y voir un drapeau rouge, bleu, blanc et jaune. Les renseignements qu'elle contient sont en noir : le numéro d'assurance maladie (Personal Health No.), la date de naissance ainsi que le nom de la personne assurée. Le numéro d'assurance maladie se compose de dix chiffres dont le premier est toujours le 9.



Il existe une carte en plastique sur fond or pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et sur laquelle figurent, en blanc, les mots « British Columbia CareCard for Seniors ». Les renseignements concernant la personne sont les mêmes et apparaissent en blanc.

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.

MANITOBA



La carte santé du Manitoba est en papier blanc et mauve et porte le titre « Certificat d'immatriculation ». Le texte pré-imprimé est en mauve et rouge. Les renseignements personnels sont inscrits à l'encre noire. Une section du certificat comprend un numéro d'immatriculation familial au nom et à l'adresse du chef de famille. Dans l'autre section, on retrouve les prénoms des membres de la famille, un numéro d'identification personnel à 9 chiffres (numéro d'assurance maladie) pour chacune des personnes assurées, le sexe, le mois et l'année de naissance de la personne ainsi que la date d'entrée en vigueur de la garantie.

## NOUVEAU-BRUNSWICK



La carte santé est en plastique et présente un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell. Le logo du Nouveau-Brunswick apparaît dans le coin supérieur droit.

La carte contient le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres, le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi qu'une date d'expiration. Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent. Cette carte est la seule valide et remplace toutes les cartes émises précédemment.

Attention à la date d'expiration.

## NOUVELLE-ÉCOSSE



La carte santé de la Nouvelle-Écosse est en plastique et présente un paysage de plage avec des nuages au loin, sur fond bleu. Les mots Nova Scotia (rouge) et Health (argent) sont imprimés le long du côté droit. La carte contient le numéro d'assurance maladie composé de 10 chiffres, le nom, le sexe et la date de naissance de la personne assurée; la date d'entrée en vigueur et la date d'expiration de la carte. Toutes les dates suivent le format suivant : aaaa/mmm/jj. Les chiffres et les lettres sont en relief de couleur argent.

De plus, si une personne désire faire don de ses organes, le terme « DONOR » accompagné d'un code à un chiffre sera imprimé en relief sur le dessus de la carte, à la droite de la date de naissance. La carte santé signée et portant le code de donneur constitue un document juridique.

Les codes pour le don d'organes sont les suivants :

- DONOR 1- Tous les organes et tissus compris dans le programme
- DONOR 2- Donneur avec exception

Attention à la date d'expiration.

**NUNAVUT**



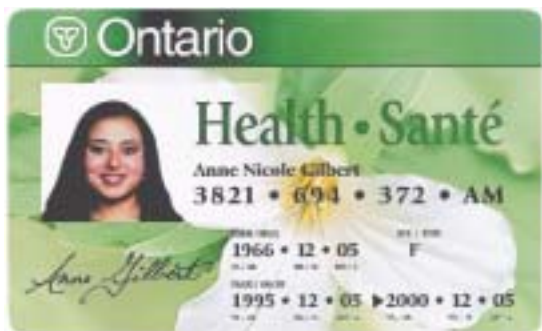
La carte santé du Nunavut est en plastique gris pâle. Elle affiche, en rouge, une carte territoriale du Canada dans laquelle le Nunavut est montré en gris foncé, superposé d'un cercle sur lequel est écrit NUNAVUT CANADA en 3 langues. Dans la partie supérieure de la carte apparaît le mot NUNAVUT en gris pâle et, superposé, le mot SANTÉ écrit en 4 langues. Elle contient les renseignements suivants : 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 de la carte.

Le verso de la carte affiche l'adresse et le numéro de téléphone des services administratifs du Nunavut ainsi que la signature du détenteur de la carte.

Attention à la date d'expiration.

**ONTARIO**

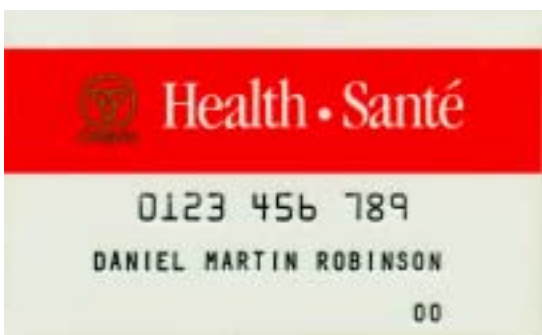
L'Ontario a présentement 4 modèles de carte en circulation.



a) LA CARTE AVEC PHOTO

Une carte en plastique sur fond vert et blanc portant le numéro d'assurance maladie à 10 chiffres suivi d'un code à 2 lettres, le nom, la date de naissance, le sexe et la signature de la personne assurée ainsi que les dates d'émission et d'expiration de la carte. Généralement, la carte porte la photo de la personne assurée. Dans le cas où la personne est exemptée de la photo, la fleur du trille apparaît à sa place.

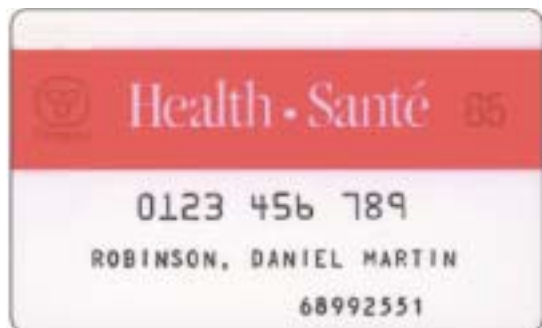
Attention à la date d'expiration.



b) LA CARTE ORIGINALE ROUGE ET BLANC

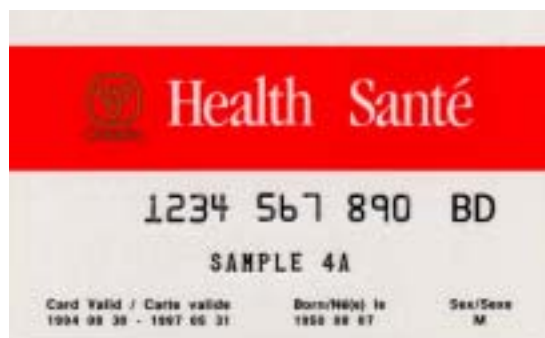
Une carte en plastique rouge et blanc portant le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 10 chiffres et, dans certains cas, un code à 2 caractères au bas, à droite.

## ONTARIO (suite)



## c) LA 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.



## d) LA CARTE DE TRANSITION

Une carte en plastique rouge et blanc portant le numéro d'assurance maladie à 10 chiffres suivi d'un code à 2 lettres, le nom, le sexe et la date de naissance de la personne assurée ainsi que les dates d'émission et d'expiration de la carte.

Attention à la date d'expiration.

## 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.



## a) CARTES ÉMISES AVANT SEPTEMBRE 1999

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). La date d'expiration ne dépasse pas 12 99.

Ces cartes doivent porter une vignette de validation portant la date du 31 décembre 2005 pour être valides.

## SASKATCHEWAN (suite)



## b) CARTES ÉMISES ENTRE SEPTEMBRE 1999 ET SEPTEMBRE 2002

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. La date d'expiration ne dépasse pas 12/2002. Ces cartes doivent porter une vignette de validation portant la date du 31 décembre 2005 pour être valides.



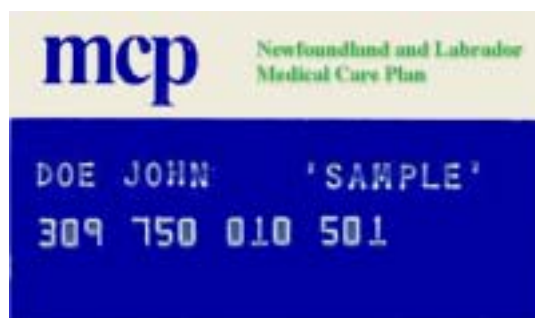
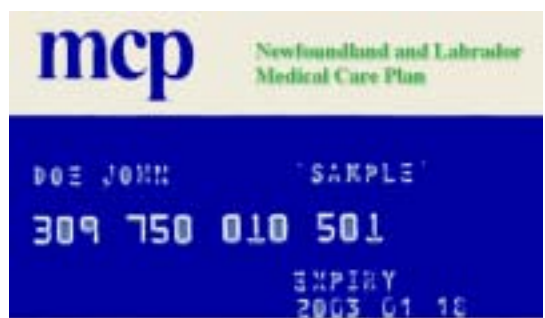
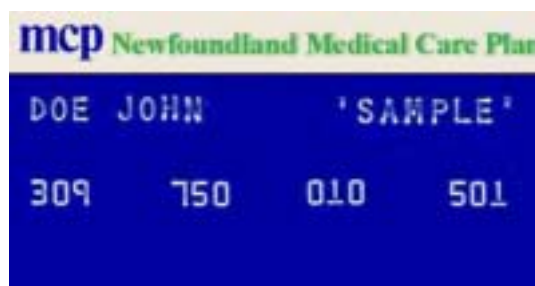
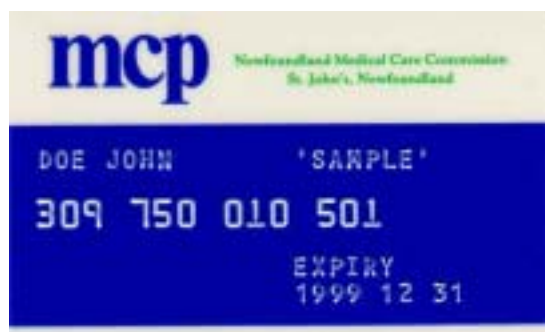
## c) CARTES ÉMISES APRÈS SEPTEMBRE 2002

Ces cartes contiennent une date d'expiration en relief qui ne dépasse pas 12/2005. Ces cartes n'ont pas besoin de vignette de validation portant la date du 31 décembre 2005. Elles sont valides jusqu'à la date d'expiration imprimée en relief sur la carte.

**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 en noir et se lit comme suit : « RENEWED TO DEC. 31, 2005 ».

## TERRE-NEUVE ET LABRADOR



La majorité des cartes santé en circulation à Terre-Neuve et au Labrador n'ont pas de date d'expiration. Toutefois, les différentes cartes émises par la province peuvent porter une date d'expiration si la couverture n'est prévue que pour une période limitée. Toutes les cartes santé portent la mention « mcp » en bleu et « Newfoundland Medical Care Commission » ou « Newfoundland Medical Care Plan » ou « Newfoundland and Labrador Medical Care Plan » en vert sur fond blanc. Le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 12 chiffres ainsi que la date d'expiration, le cas échéant, sont imprimés en relief.

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.



## # 2. SERVICES

## 2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les frais d'hospitalisation en salle pour des soins :

- 1) de courte durée
- 2) de pouponnière

Interventions coûteuses ayant un tarif global :

- |   |                      |                                    |
|---|----------------------|------------------------------------|
| # | - transplantations : | acquisition d'organes hors Canada; |
|   |                      | coeur;                             |
|   |                      | coeur-poumons;                     |
|   |                      | poumons;                           |
|   |                      | foie;                              |
|   |                      | moelle osseuse;                    |
|   |                      | rein (enfant ou adulte);           |
| # |                      | rein et pancréas.                  |

Interventions cardiovasculaires

Lithotripsie

Imagerie par résonance magnétique nucléaire

Implants spéciaux :

- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- implants cochléaires.

**2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD**

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
  - Avortement thérapeutique;
  - Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
  - Fécondation in vitro et insémination artificielle;
  - Lithotripsie pour lithiases vésiculaires;
  - Changement de sexe;
  - Examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;
  - Traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
  - Acupuncture, acupressure, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biorétroaction (biofeedback), hypnothérapie;
  - Services assurés par d'autres organismes : Gendarmerie royale du Canada (GRC), Forces armées, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ministère des Anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux);
  - Services fournis à la demande d'un tiers;
  - Conférence d'équipe;
  - Dépistage génétique et autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN;
  - Interventions qui demeurent au stade expérimental;
  - Services d'anesthésie et services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.
- # Vous **devez** communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec au numéro indiqué ci-après pour obtenir plus de renseignements sur les services qui sont exclus de l'accord de facturation réciproque. La Régie de l'assurance maladie du Québec pourra ainsi indiquer si les services sont couverts ou non et conseiller l'hôpital en ce qui concerne les modalités de facturation.
- # **Numéro de téléphone**
- Québec : 1 800 463-4776 (sans frais d'interurbain)
- # **Vous devez également obtenir, par écrit, l'accord de la province ou du territoire de résidence avant de facturer à la Régie des services exclus. (Consultez la section 6.3 pour connaître les adresses et les numéros de téléphone des provinces et des territoires).**

**# 3. DEMANDE DE PAIEMENT**

« DEMANDE DE PAIEMENT » (Formulaire n° 3885) ET « DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION » (Formulaire n° 3716)

**3.0 AVANT-PROPOS**

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

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande de paiement permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation est requis pour respecter l'entente sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires.

**Instructions générales :**

- Écrire les renseignements lisiblement en lettres moulées;
- Inscire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscire le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence des personnes assurées;
- Bien remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Ne pas oublier de signer la demande de paiement;
- Ne pas oublier de faire signer la déclaration d'assurance hospitalisation;
- 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.

**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 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.



**3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** (*Formulaire n° 3885*)

La demande de paiement comporte 5 parties :

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



### 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

#### 3.2.1 Établissement (Partie 1)

**N° de contrôle externe :**

- 1) Ce numéro sert à retracer la demande de paiement sur votre « État de compte » et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement.
- 2) Inscrive un numéro de contrôle 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 :** Inscrive le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de 5 chiffres).

L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

**Nom de l'établissement :** Inscrive le nom de votre établissement.

**Adresse :** Inscrive l'adresse complète de votre établissement.

**Province :** Inscrive la province de votre établissement (Québec).

**Code postal :** Inscrive le code postal de votre établissement.



**3.2.2 Patient (Partie 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 12 mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père.

S'assurer que la carte est valide si elle a une date d'expiration.

**Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :** 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.

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

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

**Cocher si nouveau-né :** Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

**Adresse :** Adresse permanente de la personne assurée.

**Code postal :** Code postal de la personne assurée.



**3.2.3 Détails de la demande (Partie 3)**

**Date d'admission :** Inscrire la date d'admission dans l'établissement.

**Date de congé :** Inscrire la date de sortie de l'établissement.

**Genre de séjour :** Inscrire 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 :** Inscrire 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 :** Inscrire au moins le code de diagnostic principal ou sa terminologie selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-9). Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

**Code d'intervention :** Inscrire le code d'intervention ou la description de l'intervention chirurgicale selon la « Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux », s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

**Date de l'intervention ou de début de facturation :** Inscrire la première date d'hospitalisation facturée.

**Date de fin de facturation :** Inscrire la dernière date d'hospitalisation facturée.

Si une personne assurée n'est hospitalisée qu'une seule journée (ex. le 2004-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : 2004-04-21  
DATE DE FIN DE FACTURATION : 2004-04-21

**Code de service :** Inscrire le code (3 chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section 3.3, ci-après.

**Série 100 – transplantation**

- # 100 acquisition d'organes hors Canada
- 101 coeur
- 102 coeur-poumons
- 103 poumons
- 104 foie
- 106 rein

- # 108 rein et pancréas

**Série 200 - lithotripsie**

- 201 rénale (par rein)
- 202 cholédoque

**Série 300 - IRM et implants**

- 301 imagerie par résonance magnétique
- 310 implant cochléaire
- 311 défibrillateur - stimulateur cardiaque

**Série 400 - tarif journalier (per diem)**

- 401 courte durée
- 402 nouveau-né

**Série 500 - interventions cardiovasculaires**

501 Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire

502 Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire

503 Cathétérisme cardiaque sans tuteur

504 Cathétérisme cardiaque avec tuteur

505 Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs)

**Série 600 - services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches**

600 Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)

601 Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)

602 Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)

603 Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)

604 Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)

# 605 Greffe allogénique – chez l'adulte – donneur apparenté au patient

606 Greffe allogénique – chez l'enfant

# 607 Greffe allogénique – adulte/patient (DCNA)

**Tarif journalier** : Inscrire le tarif journalier.

**Nombre de jours** : Inscrire le nombre de jours facturés.

**Montant facturé** : Inscrire le montant facturé.

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

**3.2.4 Renseignements complémentaires** (*Partie 4*)

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

**3.2.5 Attestation de l'établissement** (*Partie 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** : La signature de la personne autorisée est obligatoire.

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

**3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION****3.3.1 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 réclamés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

EXEMPLE (1<sup>re</sup> demande de paiement)

**3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu) (Suite)**

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



**3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)**

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

Vous devez inscrire, dans la case DATE DE FIN DE FACTURATION, la date de fin de toute la période couvrant la transplantation.

- 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 donneur.
  - 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 leurs frais de transport sont des services assurés par la province de résidence du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

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

# 100	=	acquisition d'organes hors Canada
101	=	coeur
102	=	coeur-poumons
103	=	poumons
104	=	foie
106	=	rein
# 108	=	rein et pancréas

**3.3.3 Lithotripsie, y compris les services de radiologie et les échographies**

Lorsqu'une lithotripsie est effectuée, ce service doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Vous devez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case CODE DE SERVICE, le code qui correspond à la lithotripsie effectuée et, dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif. Le tarif de la lithotripsie s'ajoute au tarif journalier de l'hospitalisation.

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 200 : Lithotripsie**

201 = rénale (par rein)

202 = du cholédoque (lithotripsie pour lithiases vésiculaires exclue)

**3.3.4 Imagerie par résonance magnétique (IRM), y compris les services de radiologie**

Lorsqu'une imagerie par résonance magnétique est effectuée, ce service doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case CODE DE SERVICE, le code numérique 301 et, dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif de l'imagerie par résonance magnétique.

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : IRM et implants**

301 = imagerie par résonance magnétique (IRM)

**3.3.5 Implants spéciaux**

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

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : IRM et implants**

- 310 = implant cochléaire
- 311 = défibrillateur - stimulateur cardiaque

**3.3.6 Interventions cardiovasculaires**

Les interventions cardiovasculaires de la série des codes 500 doivent être facturées séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case CODE DE SERVICE le code numérique correspondant à l'intervention et dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif de l'intervention. Le tarif journalier de l'hospitalisation s'ajoute au tarif de l'intervention.

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 500 : interventions cardiovasculaires**

- 501 = Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire
- 502 = Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire
- 503 = Cathétérisme cardiaque sans tuteur
- 504 = Cathétérisme cardiaque avec tuteur
- 505 = Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs)



**3.3.7 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches**

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

Lorsque le séjour est supérieur au 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.

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

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

- 600 = Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)
- 601 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)
- 602 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)
- 603 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)
- 604 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)
- 605 = Greffe allogénique – chez l'adulte
- 606 = Greffe allogénique – chez l'enfant
- # 607 = Greffe allogénique – adulte/patient (Donneurs Compatibles Non Apparentés - DCNA)



**3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION** (*Formulaire n° 3716*)

La déclaration d'assurance hospitalisation comporte 5 parties :

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



**3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION****3.5.1 Établissement (Partie 1)**

Code de l'établissement : Inscire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie 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.

**N° de contrôle externe** : Inscire votre numéro de contrôle (maximum 15 caractères alphanumériques).



**3.5.2 Patient (Partie 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 12 mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père. S'assurer que la carte est valide si elle a une date d'expiration.

**Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte** : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte d'assurance santé (nom de famille, à la naissance). Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

**Numéro de téléphone** : 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).

**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.

**Cocher si nouveau-né** : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

**Adresse** : Adresse permanente de la personne assurée.

**Province** : Province de la personne assurée.

**Code postal** : Code postal de la personne assurée.



**3.5.3 Résidence temporaire au Québec (Partie 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 :** Code postal de l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

**Numéro de téléphone :** 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 :** Il faut cocher l'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 la date de début et de fin prévue 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 du patient dans cette province.

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



**3.5.4 Installation permanente au Québec (Partie 4)**

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

**Province :** Ce champ est toujours Québec.

**Code postal :** Code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

**Numéro de téléphone :** 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 :** Province qui a délivré la carte santé.

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

**Numéro de téléphone :** 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 d'arrivée au Québec :** Inscire la date d'arrivée au Québec.

**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.



### 3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (Partie 5)

**Signature de la personne qui fait cette déclaration :** Le patient ou son représentant est tenu de signer la déclaration du patient.

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

**Date :** Date de la signature de la déclaration.

**Nom :** 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 :** Il faut 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 du représentant du patient.

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

### 3.6 EXPÉDITION

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Sur demande de la Régie, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'application des programmes Q037  
Facturation interprovinciale  
Case postale 6600  
Québec QC G1K 7T3

**L'établissement conserve la deuxième copie.**

### 3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE

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 Internet de la Régie à [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.



**# 4. PAIEMENT****4.1 MODE DE PAIEMENT**

Le paiement a lieu toutes les deux semaines. Le chèque est émis à l'ordre de la corporation dont l'établissement fait partie. Un état de compte y est joint pour vérification.

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

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

4.2 ÉTAT DE COMPTE

**4.2.1 Description**

L'état de compte contient les renseignements suivants :

**1. Nom :**

Nom de l'établissement.

**2. Numéro d'identification :**

Code de l'établissement (numéro corporatif).

**3. Numéro de chèque :**

Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.

**4. Date de l'état de compte :**

Date du paiement.

**5. Numéro du paiement :**

Numéro du cycle du paiement.

**6. Date de la facturation :**

Non applicable.

**7. Page :**

Numéro de page.

**8. Nom et adresse :**

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

**9. Paiements et retenues :**

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

**10. Nombre :**

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

**11. Montant :**

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

**12. Montant :**

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

**13. Montant :**

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

2<sup>o</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

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

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

**15. No. ass. santé :**

Numéro d'assurance santé du patient.

**16. Nom et prénom :**

Nom et prénom de la personne assurée.

**17. Date début :**

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

**18. Date fin :**

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

**19. Code :**

Code du service.

**20. Montant demandé :**

Montant demandé pour le service.

**21. Montant autorisé :**

Montant autorisé pour le service.

**22. Type :**

Type de demande.

**23. Code de message :**

Code du message explicatif.

**24. Description des types de demande :**

Description des types de demande.

**25. Description des messages :**

Énoncé du message explicatif correspondant au code de message.

**4.3 RETARD DE PAIEMENT**

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

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

**4.4 RÉÉVALUATION**

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

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

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

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

Toute demande de réévaluation doit être adressée à :

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

## # 5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

## 5.1 TARIFS DES SERVICES

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

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

Cependant, pour certaines interventions très coûteuses, le prix de la journée est remplacé par un tarif global par hospitalisation.

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses

Tarifs en vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 2005 et après cette date.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Transplantation</b> (par cas)	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application (page 3).	
+ 100	- acquisition d'organe hors Canada – Le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante: le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 108), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays moins 16 702 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque	
+ 101	- coeur . . . . .	88 662,00
+ 102	- coeur-poumons . . . . .	125 224,00
+ 103	- poumons . . . . .	143 193,00
+ 104	- foie . . . . .	90 836,00
+ 106	- rein (adulte ou enfant) . . . . .	24 699,00
+ 108	- rein et pancréas . . . . .	30 429,00

**AVIS :** 1) *Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du donneur.*

2) *Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur de l'organe.*

3) *La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que leurs frais de transport sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé 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.*

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2005.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Lithotripsie, y compris les services de radiologie, les échographies et l'ultrasonographie</b>	
+ 201	- rénale. . . . . (par rein, par jour, en plus du tarif journalier autorisé de l'hôpital)	786,00
+ 202	- pour certains cas de calculs du cholédoque (lithotripsie pour lithiases vésiculaires exclue). . . . . (par jour, en plus du tarif journalier autorisé de l'hôpital)	786,00
+ 301	<b>Imagerie par résonance magnétique (IRM), y compris les services de radiologie . . .</b> (maximum par jour, en plus du tarif journalier autorisé de l'hôpital)	707,00
	<b>Implants spéciaux :</b>	
	* Le prix d'acquisition <b>plus</b> le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention.	
310	- implant cochléaire. . . . .	*
311	- défibrillateur-stimulateur cardiaque (excluant toute autre sorte de stimulateur cardiaque). . . . .	*

**Veillez fournir une copie de la facture avec la demande de paiement.**

## 5.1.2 Tarif journalier

# Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2005.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Tarif journalier :</b>	
401	- Soins de courte durée .....	Tarif journalier autorisé
+ 402	- Soins d'un nouveau-né (non malade)..... (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique)	297,00

## 5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires

Tarifs en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
501	Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire . . . . .	2 400,00
502	Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire . . . . .	5 300,00
503	Cathétérisme cardiaque sans tuteur . . . . .	1 800,00
504	Cathétérisme cardiaque avec tuteur . . . . .	4 500,00
505	Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs) . . . . .	3 500,00

**Remarque :** Chaque catégorie de service est limitée à la liste des « Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire » (voir annexe IV) telle qu'elle figure dans la Classification des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC).

**Règles d'application :**

1. Les tarifs pour les interventions cardiovasculaires s'appliquent uniquement le jour où le service est rendu et s'ajoutent au per diem autorisé de l'hôpital.
2. Durant l'hospitalisation d'un patient, les interventions cardiovasculaires qui ne sont pas effectuées le même jour peuvent être facturées.
3. Lorsque plusieurs interventions cardiovasculaires sont effectuées lors d'un même séjour en salle d'opération, une seule intervention peut être facturée.
4. Lorsque des interventions répétées ou multiples sont effectuées sur un patient le même jour mais durant des séjours séparés ou distincts en salle d'opération, deux interventions, **au plus**, peuvent être facturées.

**5.1.3.1 Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire selon la « Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux » (CCADTC)**

<b>CODE DE SERVICE</b>	<b>CODE CCADTC</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>501</b>		<b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>
	47.11	Valvuloplastie à coeur ouvert sans remplacement, valvule non précisée
	47.12	Valvuloplastie à coeur ouvert sans remplacement, valvule mitrale
	47.13	Valvuloplastie à coeur ouvert sans remplacement, valvule aortique
	47.14	Valvuloplastie à coeur ouvert sans remplacement, valvule tricuspide
	47.15	Valvuloplastie à coeur ouvert sans remplacement, valvule pulmonaire
	47.31	Opérations sur le muscle papillaire
	47.32	Opérations sur les cordes tendineuses
	47.33	Annuloplastie
	47.34	Infundibulectomie
	47.35	Opérations sur les colonnes charnues du coeur
	47.39	Autres opérations sur d'autres structures contiguës aux valvules cardiaques
	47.41	Création de communication interauriculaire ou interventriculaire sans précision
	47.42	Élargissement de la communication antérieure
	47.43	Autre création de communication interauriculaire ou interventriculaire
	47.51	Réparation de malformation septale non précisée, par prothèse
	47.52	Réparation de communication interauriculaire par prothèse, à coeur ouvert
	47.53	Réparation de communication interauriculaire avec prothèse, technique fermée
	47.54	Réparation de communication interventriculaire avec prothèse
	47.55	Réparation de malformation de coussin endocardique avec prothèse
	47.61	Réparation de malformation septale non précisée avec greffe tissulaire
	47.62	Réparation de communication interauriculaire avec greffe tissulaire
	47.63	Réparation de communication interventriculaire avec greffe tissulaire
	47.64	Réparation de malformation de coussin endocardique avec greffe tissulaire
	47.71	Réparation autre et sans précision de malformation septale non précisée
	47.72	Réparation autre et sans précision de communication interauriculaire
	47.73	Réparation autre et sans précision de communication interventriculaire
	47.74	Réparation autre et sans précision de malformation de coussin endocardique
	47.81	Réparation totale de la tétralogie de Fallot

CODE DE SERVICE	CODE CCADTC	DESCRIPTION
501 (suite)		<b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE (suite)</b>
	47.82	Réparation totale de jonction veineuse pulmonaire totalement anormale
	47.83	Réparation totale du tronc artériel
	47.84	Correction totale de transposition des gros vaisseaux NCA
	47.91	Transposition interauriculaire de retour veineux
	47.92	Création de conduit entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire
	47.93	Création de conduit entre le ventricule gauche et l'aorte
	47.94	Révision d'interventions correctives sur le coeur
	47.95	Autres opérations sur les cloisons cardiaques
	47.96	Autres opérations sur les valvules cardiaques
	48.04	Angioplastie coronarienne à thorax ouvert
	48.11	Pontage coronarien pour revascularisation sans précision
	48.12	Pontage coronarien d'une artère coronaire
	48.13	Pontage coronarien de deux artères coronaires
	48.14	Pontage coronarien de trois artères coronaires
	48.15	Pontage coronarien de quatre artères coronaires et plus
	48.16	Pontage unique entre artère mammaire (interne) et artère coronaire
	48.17	Pontage double entre artère mammaire (interne) et artère coronaire
	48.19	Autre anastomose et pontage pour revascularisation cardiaque
	48.2	Revascularisation cardiaque avec implantation artérielle
	48.3	Autre revascularisation cardiaque
	48.91	Cure d'anévrisme de vaisseau coronarien
	48.99	Autres opérations sur les vaisseaux du coeur NCA
	49.11	Incision du coeur, sans précision
	49.12	Cardiotomie
	49.13	Péricardiotomie
	49.31	Exérèse d'anévrisme du coeur
	49.39	Exérèse d'autres lésions du coeur
	49.4	Réparation du coeur et du péricarde
	49.81	Remplacement d'électrodes myocardiques

<b>CODE DE SERVICE</b>	<b>CODE CCADTC</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>502</b>		<b>CHIRURGIE CARDIAQUE AVEC REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>
	47.21	Remplacement de valvule cardiaque non précisée
	47.22	Remplacement de la valvule mitrale avec greffe tissulaire
	47.23	Autre remplacement de la valvule mitrale
	47.24	Remplacement de la valvule aortique avec greffe tissulaire
	47.25	Autre remplacement de la valvule aortique
	47.26	Remplacement de la valvule tricuspide avec greffe tissulaire
	47.27	Autre remplacement de la valvule tricuspide
	47.28	Remplacement de la valvule pulmonaire avec greffe tissulaire
	47.29	Autre remplacement de la valvule pulmonaire
<b>503</b>		<b>CATHÉTÉRISME CARDIAQUE SANS TUTEUR</b>
	47.97	Valvuloplastie percutanée
	48.01	Désobstruction d'artère coronaire sans précision
	48.02	Angioplastie coronarienne percutanée transluminale sans mention d'agent thrombolytique
	48.03	Angioplastie coronarienne percutanée transluminale avec infusion de thrombolytique
	48.05	Infusion directe de thrombolytique dans l'artère coronaire
	49.0	Péricardiocentèse
	49.61	Implantation de ballon pulsatif
<b>504</b>		<b>CATHÉTÉRISME CARDIAQUE AVEC TUTEUR</b>
	48.09	Autre désobstruction d'artère coronaire
<b>505</b>		<b>IMPLANTATION OU REMPLACEMENT DE STIMULATEUR CARDIAQUE</b>
	49.71	Implantation de pacemaker SAI
	49.83	Remplacement de générateur pulsatif

## 5.1.4 Tarifs pour la facturation interprovinciale des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches

# Tarifs en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	SÉJOUR MAXIMAL (SM)	TARIF MONOLITHIQUE DE BASE (\$)	TARIF QUOTIDIEN MAJORE ET NORMALISÉ – SÉJOUR EXCÉDANT LE SM
600	Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada) . . . . .			Coût facturé
+ 601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures) . . . . .		19 282,00	
+ 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .		23 138,00	
+ 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .	16 jours	43 384,00	1 607,00
+ 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .	13 jours	57 846,00	2 892,00
+ 605	Greffe allogénique – chez l'adulte . . . . .	25 jours	99 837,00	1 714,00
+ 606	Greffe allogénique – chez l'enfant . . . . .	25 jours	123 618,00	3 107,00
+ 607	Greffe allogénique / adulte / patient DCNA . . . . .	25 jours	120 512,00	1 714,00

Veillez vous référer aux règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches.

**# 5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION DE CŒUR, FOIE, POUMON, REIN OU REIN ET PANCRÉAS (CODES 100 À 108)**

**Lors de la réunion de février 1996, le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance santé (CCEIAS) a approuvé les règles d'application suivantes pour la facturation des services de transplantation :**

1. Tout séjour à l'hôpital, de l'admission au congé, qui est antérieur à l'admission pour une transplantation d'organe (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au per diem autorisé pour l'hôpital.
2. Tout séjour à l'hôpital qui fait suite au séjour au cours duquel la transplantation a eu lieu sera facturé au per diem autorisé pour l'hôpital.
3. Chaque consultation externe ayant lieu avant et après le séjour à l'hôpital pour l'intervention coûteuse sera facturée au tarif journalier interprovincial autorisé pour les consultations externes.
4. Chaque hôpital qui aura fourni les services peut facturer une transplantation d'organes de la façon suivante :
  - a) pour un patient hospitalisé, de l'admission au congé, au tarif interprovincial de transplantation convenu;
  - b) transplantations multiples, même patient, même organe, même séjour - en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples;
  - c) aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur naturel;
  - d) prélèvement d'organes - il est reconnu que les techniques et les coûts du prélèvement d'organes peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre et d'un cas à l'autre. Il reste néanmoins que les coûts de prélèvement de l'organe doivent être considérés comme faisant partie des coûts des fournitures nécessaires à l'intervention et, par conséquent, le coût est déjà inclus dans les tarifs de facturation interprovinciale;
  - e) tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation du même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, tel qu'indiqué précédemment.

**5.3 RÈGLES D'APPLICATION RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE MOELLE OSSEUSE ET DE CELLULES SOUCHES**

1. Tout séjour en milieu hospitalier distinct d'une hospitalisation aux fins d'une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches (c'est-à-dire pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au tarif quotidien autorisé de l'hôpital.
2. Toute consultation externe sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
3. Chaque tarif monolithique comprend tous les frais d'établissement associés à une greffe unique, notamment les frais d'hospitalisation et de diagnostic. Aux fins du calcul du séjour maximal, le séjour en milieu hospitalier comprend la date de l'admission, mais pas la date de la sortie.
4. Le tarif quotidien majoré et normalisé peut être appliqué pour les journées d'hospitalisation qui dépassent le séjour maximal prévu au cours de la période d'hospitalisation où la greffe a été pratiquée.
5. Frais d'acquisition :
  - a) lorsque la moelle osseuse, les cellules souches ou les anticorps monoclonaux sont obtenus au Canada, les coûts sont compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition;
  - b) lorsque la moelle osseuse, les cellules souches ou les anticorps monoclonaux sont obtenus à l'étranger, le coût facturé effectivement payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province d'origine du patient. L'original de la facture doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsque les patients quittent l'hôpital dans les 72 heures qui suivent la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a dispensé le service de transplantation au tarif prévu dans les cas où les congés sont obtenus dans les 72 heures (adulte ou enfant).
7. Par « enfant », on entend une personne de moins de 18 ans.
8. Les personnes qui obtiennent leur congé et qui présentent des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent être hospitalisées de nouveau au tarif quotidien autorisé de l'hôpital et non au tarif quotidien majoré et normalisé.
9. Toute nouvelle hospitalisation du même patient aux fins d'une nouvelle greffe sera considérée comme un nouveau cas et sera facturée selon les présentes règles.
10. Sauf pour ce qui concerne les frais d'acquisition évoqués au paragraphe 5b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de moelle osseuse et de cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. L'attribution d'un code de diagnostic est obligatoire et doit indiquer la principale raison justifiant la greffe ou le diagnostic définitif posé à l'égard du greffé.
12. Les greffes de moelle osseuse ou de cellules souches pratiquées dans le cadre d'essais cliniques ou à l'égard d'affections dont le traitement est encore jugé au stade expérimental ne sont pas admissibles à la facturation réciproque.

**# 6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS**

**6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT**

Les demandes d'approvisionnement doivent être faites à la Régie en remplissant le formulaire « Demande de formulaires » (n° 1491) et en l'expédiant à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'information aux professionnels  
Case postale 6600  
Québec QC G1K 7T3

ou par télécopieur au numéro : (418) 646-9251.

**6.2 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 QC G1K 7T3

## 6.3 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 le Labrador</b>	Department of Health and Community Services Confederation Building P.O. Box 8700 St. John's (Terre-Neuve et le Labrador) A1B 4J6 Téléphone : (709) 729-5222
<b>Ile-du-Prince-Édouard</b>	Department of Health and Social Services Medicare Division 35 Douses Road P.O. Box 3000 Montague (I.P.E.) C0A 1R0 Téléphone : (902) 838-0931
<b>Nouvelle-Écosse</b>	Department of Health Joseph Howe Building 1690 Hollis Street P.O. Box 488 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1V8 Téléphone : (902) 424-5674
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Ministère de la Santé et du Mieux-être B.P. 5100 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : (506) 453-2283
<b>Québec</b>	Services hospitaliers hors du Québec Régie de l'assurance maladie du Québec Case Postale 6600 Québec (Qc) G1K 7T3 Téléphone : Montréal : (514) 864-3411 Appels sans frais 1 800 561-9749 (d'une autre localité du Québec)
<b>Ontario</b>	Ministry of Health and Long-Term Care Head Office MacDonald-Cartier Building 49 Place D'Armes Kingston (ON) K7L 5J3 Téléphone : (613) 237-9100, ext. 4620 (Registration and Claims Branch) Téléphone : (613) 548-6716 (Provider Services Branch)
<b>Manitoba</b>	Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : (204) 786-7101 Appel sans frais 1 800 392-1207 (Amérique du Nord)
<b>Saskatchewan</b>	Saskatchewan Health Medical Services Branch T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : (306) 787-3475

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

**PROVINCES / TERRITOIRES****ADRESSES****Alberta**

Adresse principale :  
**Edmonton**  
 Alberta Health and Wellness  
 10025 Jasper Avenue  
 P.O. Box 1360  
 Edmonton (Alberta) T5J 2N3  
 Téléphone : (780) 427-1432

**Calgary**

Téléphone : (403) 297-6411

**Colombie-Britannique**

Ministry of Health Services  
 Performance Management & Improvement Division  
 1515 Blanshard Street  
 Victoria (C.B.) V8W 3C8  
 Téléphone : (250) 952-1049  
 Téléphone : (250) 952-1334 (Pour demandes de remboursement hors province)

**Yukon**

Insured Services Branch  
 Department of Health and Social Services  
 4<sup>th</sup> floor 204 Lambert St  
 P.O. Box 2703  
 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6  
 Téléphone : (867) 667-8949

**Territoires du Nord-Ouest**

Department of Health and Social Services  
 Health Services Administration  
 Inuvik Branch Office  
 2<sup>nd</sup> Floor, IDC Building  
 Bag Service #9  
 Inuvik (T.N.O.) X0E 0T0  
 Appels sans frais : 1 800 661-0830

**Nunavut**

Health Insurance Programs  
 Department of Health and Social Services  
 Government of Nunavut  
 RSO Building Bag 003  
 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0  
 Téléphone : (867) 645-8001

Ce guide est également disponible dans notre site Internet. Les cartes santé sont reproduites en couleurs. Vous pouvez y accéder, en tout temps, à [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

**Remarque :**

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 Internet de la Régie à [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.

