

**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ
SERVICES HOSPITALIERS EXTERNES
(N° 430)**

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN 978-2-550-48902-3

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

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

**MISE À JOUR : 23
MAI 2010**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

- TARIFS INTERPROVINCIAUX

- Nouvelle tarification en vigueur depuis le 1^{er} avril 2010

Page : 1

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 032 /2010-05-19*

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 978-2-551-12542-5

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

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

En vertu de cet accord, la Régie rembourse aux établissements les coûts des services externes rendus à des personnes assurées des autres provinces ou des territoires, selon les tarifs interprovinciaux.

À cet égard, ce manuel contient, notamment, les instructions relatives à la rédaction de la demande de paiement de services 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.

- # Lorsqu'un texte de ce manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (*voir la **signification des références au verso de la présente page***).

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.**

- # Par ailleurs, 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 externes.

- # Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

- # Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

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 :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

Par télécopieur :

- Québec : 418 643-5967

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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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.

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 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	1
« SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE » (<i>Formulaire n° 2597</i>)	
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION (<i>Formulaire n° 2597</i>)	3
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
3.3 EXPÉDITION	8
3.4 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE	9
4. PAIEMENT	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 ÉTAT DE COMPTE	2
4.2.1 Description	3
4.3 RETARD DE PAIEMENT	6
4.4 RÉÉVALUATION	6
5. TARIFS INTERPROVINCIAUX	1
5.1 TARIFS DES SERVICES	1
6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS	1
6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT	1
6.2 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS	1
6.3 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	2

1. PERSONNES ASSURÉES

1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD

Cet accord vise tous les résidents canadiens qui reçoivent des services externes 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.

Les résidents canadiens qui reçoivent des services externes 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 externes**.

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. 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



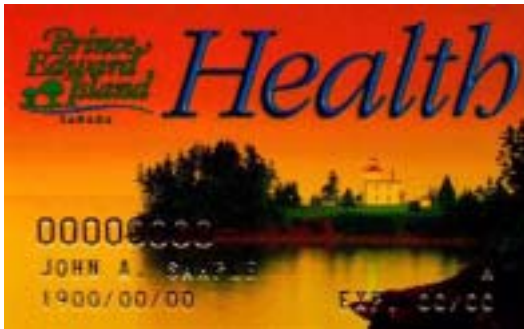
La carte santé régulière est en plastique sur fond blanc et le mot « CareCard » apparaît, comme trame de fond, en gris. Les mots « British Columbia Care » apparaissent en bleu et le mot « Card » en rouge. Les mots « Care » et « Card » sont en grosses lettres. On peut également y voir un drapeau rouge, 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.

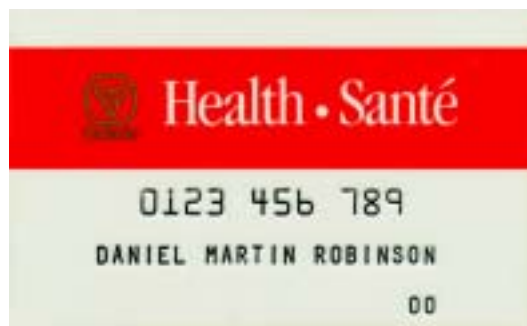
Attention à la date d'expiration.



b) NOUVELLE CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente. La principale différence c'est le fond couleur de la photo et la même photo miniaturisée en noir et blanc au bas droit de la carte.

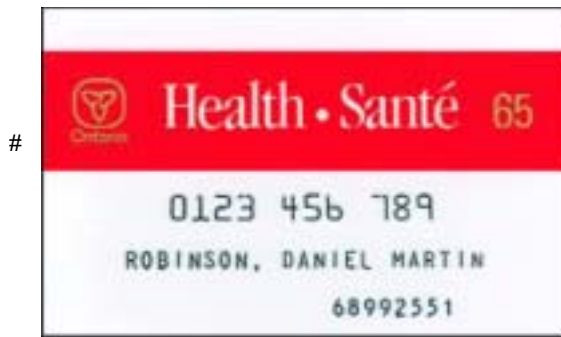
Attention à la date d'expiration.



c) 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)



d) 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.

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 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.



b) CARTES ÉMISES APRÈS 2005

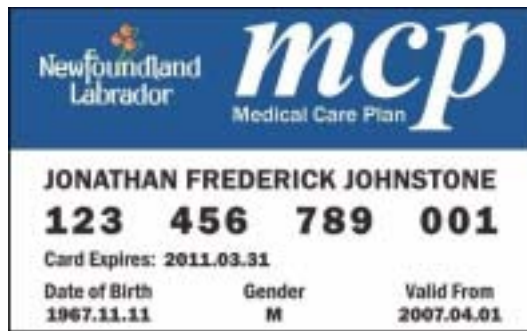
Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

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

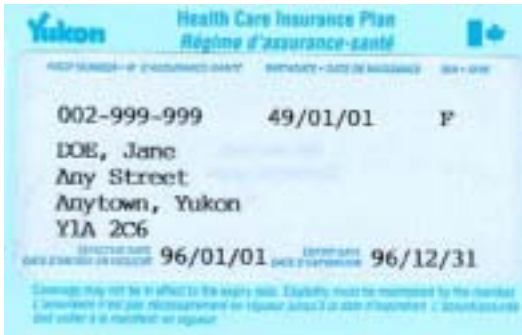


La carte santé des Territoires du Nord-Ouest est en papier et présente, comme trame de fond très pâle, un paysage nordique. Les lettres et les chiffres sont en noir. La carte contient le nom, l'adresse, la date de naissance et le sexe de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie qui se compose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

2. SERVICES

2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les services couverts en vertu de l'accord sont :

- Consultation externe (à l'exception des services identifiés spécifiquement à la section 2.2);
- Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare);
- Hémodialyse;
- Tomographie axiale assistée par ordinateur (scanographie);
- Services d'analyse en laboratoire d'échantillons et prélèvements (sans la présence du patient);
- Séance de chimiothérapie anticancéreuse;
- Thérapie à la cyclosporine, à l'AZT, à l'activase, au tacrolimus, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- Lithotripsie, excluant les honoraires professionnels (cholédoque, reins);
- Imagerie par résonance magnétique;
- Services de radiothérapie;
- Remplacement d'un défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- Analyses coûteuses de prélèvements de laboratoire.

Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire in vivo, de tomographie axiale assistée par ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle).

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

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;
- Services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste;
- 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, bioréaction (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

SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE (Formulaire n° 2597)

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 externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* » 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 :

- 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 du formulaire selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Ne pas oublier de 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.

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**1. Numéro de contrôle externe :**

1. Ce numéro sert à retracer une demande sur votre « État de compte » et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir section 4.2);
2. Inscrire un numéro de contrôle externe de votre choix (champ alphanumérique avec une possibilité de 15 caractères);
3. Vous devez utiliser un numéro de contrôle externe différent pour chaque demande de paiement.

2. Code de l'établissement :

Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué par la Régie (numéro à 5 chiffres).

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

3. Nom de l'établissement :

Inscrire le nom de l'établissement.

4. Adresse de l'établissement :

Inscrire l'adresse complète de l'établissement.

5. Province de l'établissement :

Inscrire la province de votre établissement (Québec).

6. Code postal de l'établissement :

Inscrire le code postal de votre établissement.

#

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**7. Code de la province de résidence ou du territoire des personnes assurées :**

Inscrire le code correspondant à la province ou au territoire qui a délivré la carte santé. Utiliser un formulaire par province et par territoire.

Alberta	02
Colombie-Britannique	01
Ile-du-Prince-Édouard	08
Manitoba	04
Nouveau-Brunswick	06
Nouvelle-Écosse	07
Nunavut	14
Ontario	05
Saskatchewan	03
Terre-Neuve et Labrador	09
Territoires du Nord-Ouest	10
Yukon	11

8. Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées :

Inscrire le nom de la province ou du territoire de résidence qui a délivré la carte santé.

9. Ligne de service :

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

10. 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 en vérifiant la date d'expiration.

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

Inscrire le nom de famille ainsi que le prénom de la personne assurée **qui figurent sur la carte**.

12. Date d'expiration de la carte :

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

13. Indicateur de 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.

14. Date de naissance de la personne assurée :

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

15. Sexe de la personne assurée :

Inscrire le sexe de la personne assurée (F = Féminin, M = Masculin).

16. Date du service :

Inscrire la date du service selon le système international (AAAA-MM-JJ).

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**17. Code de service :**

Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe	01
Chirurgie d'un jour (incluant le traitement d'oxygénothérapie hyperbare)	02
Hémodialyse	03
Tomographie axiale assistée par ordinateur (scanographie)	04
Services d'analyse en laboratoire d'échantillons et prélèvements (sans la présence du patient)	05
Séance de chimiothérapie anticancéreuse	06
Thérapie à la cyclosporine, à l'AZT, à l'activase, au tacrolimus, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
Lithotripsie pour certains cas de calculs du cholédoque	08
Lithotripsie rénale	09
Imagerie par résonance magnétique	11
Service de radiothérapie	12
Défibrillateur - stimulateur	13
Analyse coûteuse de prélèvements de laboratoire	15

18. Code de diagnostic :

Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-10). Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

19. Code d'intervention :

Inscrire le code d'intervention chirurgicale selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-10) s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

20. Attribut d'intervention :

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

21. Renseignements complémentaires :

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

22. Tarif du service :

Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section 5. Tarifs interprovinciaux).

23. Coût total des services :

Inscrire le coût total de tous les services (faire la somme des montants inscrits dans la colonne TARIF DU SERVICE de la demande de paiement).

24. Attestation de l'établissement :

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

3.3 EXPÉDITION

La première copie du formulaire doit être expédiée à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

4. PAIEMENT

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de 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

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 :

Ne rien inscrire dans cette case.

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.

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

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 axiale assistée par ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, **les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise** (compensante professionnelle).

De plus, les services d'analyse en laboratoire sont considérés comme une consultation externe seulement si **le personnel** de l'établissement **qui présente la réclamation a reçu le patient et fait les prélèvements**.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
+ 01	Consultation externe standard (à l'exclusion des services particuliers énumérés ci-dessous)	247,00
+ 02	Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare)	997,00
+ 03	Hémodialyse	472,00
+ 04	Tomographie avec ordinateur	630,00
+ 05	Spécimens envoyés au laboratoire : prix composé incluant tous les spécimens prélevés chez un même patient et qui sont envoyés à un établissement en vue de l'exécution d'épreuves de laboratoire en l'absence du patient en question	47,00
+ 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer . . .	1 175,00
+ 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 195 \$ plus le coût réel des médicaments	
+ 08	Lithotripsie pour calculs du cholédoque, par jour, incluant les services du radiologiste et les échographies. (<i>la lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue</i>)	858,00
+ 09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, incluant les services du radiologiste et les échographies.	858,00
10	Annulé - Deuxième consultation externe le même jour	
+ 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste . . .	604,00
+ 12	Service de radiothérapie.	312,00
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	Analyses coûteuses de prélèvements de laboratoire : on doit utiliser le taux du barème des prestations médicales pour la médecine de laboratoire de la province d'accueil; lorsque ce taux ne figure pas au barème, on doit utiliser un taux négocié entre les deux provinces (Le tri génétique est exclu).	

Depuis le 1^{er} 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.

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.

Il convient de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.

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^o 1491) et en l'expédiant à l'adresse suivante :

- # Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
- # 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 (Québec) G1K 7T3

6.3 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

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

PROVINCES / TERRITOIRES	ADRESSES
# Terre-Neuve-et-Labrador	Department of Health and Community Services Confederation Building P.O. Box 8700 St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6 Téléphone : 709 729-5222
Ile-du-Prince-Édouard	Department of Health and Social Services Medicare Division 35 Douses Road P.O. Box 3000 Montague (île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0 Téléphone : 902 838-0931
Nouvelle-Écosse	Department of Health Joseph Howe Building 1690 Hollis Street P.O. Box 488 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1V8 Téléphone : 902 424-5674
Nouveau-Brunswick	Ministère de la Santé et du Mieux-être B.P. 5100 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 453-2283
Québec	Services hospitaliers hors du Québec Régie de l'assurance maladie du Québec Case Postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3 Téléphone Montréal : 514 864-3411 Appels sans frais : 1 800 561-9749 (d'une autre localité du Québec)
Ontario	Ministry of Health and Long-Term Care Head Office MacDonald-Cartier Building 49 Place d'Armes Kingston (Ontario) K7L 5J3 Téléphone : 613 237-9100, ext. 4620 (Registration and Claims Branch) Téléphone : 613 548-6716 (Provider Services Branch)
# Manitoba	Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7101 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (Amérique du Nord)
Saskatchewan	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 (Colombie-Britannique) 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
 4th 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
 2nd Floor, IDC Building
 Bag Service #9
 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) 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.

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 pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.