

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

**MISE À JOUR : 21  
OCTOBRE 2011**

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

**SOMMAIRE**

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

**- SERVICE**

- Changements dans la liste des services exclus de l'accord

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

**- DEMANDE DE PAIEMENT**

- Suppression de la section 3.3.4
- Changements d'ordre administratif

**Pages :** [7](#), [18](#) et [24](#)

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Suppression de la section 5.1.3
- Changement d'ordre administratif

**Page :** [4](#)

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

- Changements d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) à 3

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 286 / 2011-03-31

**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 978-2-551-12541-8

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** 

## 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>Section 1</i> ) .....	5
3.2.2 Patient ( <i>Section 2</i> ) .....	7
3.2.3 Détails de la demande ( <i>Section 3</i> ) .....	9
3.2.4 Renseignements complémentaires ( <i>Section 4</i> ) .....	11
3.2.5 Attestation de l'établissement ( <i>Section 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 Implants spéciaux .....	16
# 3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches .....	18
#3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION ( <i>Formulaire n° 3716</i> ) .....	20
#3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION .....	22
# 3.5.1 Établissement ( <i>Section 1</i> ) .....	22
# 3.5.2 Patient ( <i>Section 2</i> ) .....	24
# 3.5.3 Résidence temporaire au Québec ( <i>Section 3</i> ) .....	26
# 3.5.4 Installation permanente au Québec ( <i>Section 4</i> ) .....	28
# 3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant ( <i>Section 5</i> ) .....	30
#3.6 EXPÉDITION .....	30
#3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE .....	30

	<i>Page</i>
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
5.1.1 Facturation interprovinciale des Interventions chirurgicales très coûteuses .....	1
5.1.2 Tarif journalier .....	3
# 5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches .....	4
#5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)	5
#5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES .....	6
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

## 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

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 et interruption volontaire de la grossesse;
- 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, 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 du développement ou de la recherche clinique;
- # - Télémédecine;
- # - Tomographes par émission de positrons et scalpel gamma;
- Services d'anesthésie et services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut;
- # - Autres services exclus : médicaments, soins à domicile et frais d'hébergement.

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).**

**3.2.2 Patient (Section 2)**

- # **Numéro de la « CARTE SANTÉ »** : Incrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à 3 mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père.

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

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

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

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

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

**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 correspondant à l'adresse permanente de la personne assurée.

- # **NOTE** : Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services internes fournis.

**Régie de l'assurance maladie Québec**

**Demande de paiement**  
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				
ADRESSE (numéro, rue, localité)					
				PROVINCE	CODE POSTAL

**2- Patient**

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ	DATE DE NAISSANCE	SEXE	
ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>	ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE (numéro, rue, localité)					CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
	2 0 0 9 0 3 2 0		2 0 0 9 0 4 1 5	N	<input checked="" type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC	I 3 1 2		I 3 2 8				
CODE D'INTERVENTION	1 H B 5 3 L A J A						
ATTRIBUT D'INTERVENTION	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	
	R		A T				

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 0 9 0 3 2 0	2 0 0 9 0 3 3 1	401	1 0 0 0 0 0	12	1 2 0 0 0 0
2 0 0 9 0 4 0 1	2 0 0 9 0 4 1 4	401	1 1 0 0 0 0	14	1 5 4 0 0 0
<b>TOTAL</b>					2 7 4 0 0 0

**4- Renseignements complémentaires**

**5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ (LETTRES MAJUSCULES)

DATE ANNÉE MOIS JOUR \_\_\_\_\_

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

8

MAJ 21 / octobre 2011 / 99

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si une personne assurée n'est hospitalisée qu'une seule journée (ex. le 2009-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : 2009-04-21  
DATE DE FIN DE FACTURATION : 2009-04-21

**Code de service :** Inscire 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 cœur

102 cœur-poumons

103 poumons

104 foie

106 rein

108 rein et pancréas

**Série 300 - implants**

310 implant cochléaire

311 défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

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

401 courte durée

402 nouveau-né

405 intensif de courte durée

**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 (donneur compatible non apparenté)

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

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

**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.



**Demande de paiement**  
Services internes dispensés au Québec  
à un résident d'une autre province ou  
d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		
ADRESSE (numéro, rue, localité)		PROVINCE	CODE POSTAL

**2- Patient**

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ	DATE DE NAISSANCE	SEXE	
ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>	ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
ADRESSE (numéro, rue, localité)					CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
	2 0 0 9   0 4   0 1		2 0 0 9   0 4   2 9	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC: C 8 1 0							
CODE D'INTERVENTION: 1 W Y 1 9 H H X X A							
ATTRIBUT D'INTERVENTION: M 1							

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 0 9   0 4   0 1	2 0 0 9   0 4   1 6	603		16	4 6 5 1 8   0 0
2 0 0 9   0 4   1 7	2 0 0 9   0 4   2 8	603	1 7 2 3   0 0	12	2 0 6 7 6   0 0
<b>TOTAL</b>					6 7 1 9 4   0 0

**4- Renseignements complémentaires**

**5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ (LETTRES MAJUSCULES)

DATE: ANNÉE MOIS JOUR \_\_\_\_\_

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

SPÉCIMEN

**# 3.3.4 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 (donneur apparenté au patient)
- 606 = Greffe allogénique – chez l'enfant
- 607 = Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté - DCNA)

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

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

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte 5 sections :

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

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration <b>Services internes dispensés au Québec</b> Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
<b>Établissement</b>		Numéro de contrôle externe/External control number 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E			
Code de l'établissement 5 4 3 2 1		Nom de l'établissement Centre hospitalier fictif		Date d'admission Année: 2 0 0 9 Mois: 0 4 Jour: 0 1	
Adresse (numéro, rue, localité) 333, rue des Convalescents				CODE POSTAL G 0 A 0 T 0	
<b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters		Numéro de téléphone Phone Number	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card		Date d'expiration de la carte Expiry date of card		Province CODE POSTAL POSTAL CODE	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)					
<b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)			Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION :		DU - FROM	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN		<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY :		AU - TO	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) NAME OF HOSPITAL (NAME OF HOSPITAL)		Année Year Mois Month Jour Day	
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
<b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec			Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card			<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec		
<b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont vérifiées et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)		Date	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient			
<input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian		<input type="checkbox"/> Préciser Specify			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient			Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient			( )		

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

**3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION****3.5.1 Établissement** (*Section 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).

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration <b>Services internes dispensés au Québec</b> Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
<b>Établissement</b>		Numéro de contrôle externe/External control number			
Code de l'établissement		Nom de l'établissement		Date d'admission Année Mois Jour	
Adresse (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL	
<b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters SMITH JOHN		Numéro de téléphone Phone Number (123) 456-7890	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY 1967 12 01		Sexe - Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card Ontario	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) 123, rue du Patient, Ville du Patient		Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Mois Jour 2013 12 01		Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Mois Jour 2013 12 01	
Province Ontario				CODE POSTAL POSTAL CODE K 1 H 0 T 0	
<b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		( )			
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION :		DU - FROM AU - TO Année Mois Jour Année Mois Jour Year Month Day Year Month Day	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN		<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY :		NOUVEAU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF NEW FACILITY	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS		Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :			
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		( )			
<b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card		Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec		Année Mois Jour Year Month Day	
<b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)		Date	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian		<input type="checkbox"/> Préciser Specify	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Numéro de téléphone Phone Number		( )	
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient					

**3.5.2 Patient (Section 2)**

- # **Numéro de la « CARTE SANTÉ »** : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à 3 mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père. S'assurer que la carte est valide en vérifiant la 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** : 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).

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

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

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

**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 l'adresse permanente de la personne assurée.

- # **NOTE** : Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services internes fournis.

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration <b>Services internes dispensés au Québec</b> Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
<b>Établissement</b> Code de l'établissement _____ Nom de l'établissement _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____		Numéro de contrôle externe/External control number _____	
Adresse (numéro, rue, localité) _____ CODE POSTAL _____					
<b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER _____		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters _____		Numéro de téléphone Phone Number _____	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY _____		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card _____	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card _____		Date d'expiration de la carte Expiry date of card _____		Province _____ CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____					
<b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) 123, rue de l'Hôtel, Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE G 1 C 0 T 0	
Numéro de téléphone Phone Number (418) 123-4567		Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin			
<input checked="" type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : _____		DURÉE PRÉVUE DU SÉJOUR - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN		<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY : _____		DU - FROM ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day 2009 04 01	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT - NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION _____		AU - TO ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day 2009 04 10	
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :		Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province		ANNÉE MOIS YEAR MONTH _____	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		<b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>			
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec _____		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card _____		Province _____ CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card _____		Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec _____	
ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day _____		ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day _____		ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day _____	
<b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION _____		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) _____		Date _____	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters _____		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian		<input type="checkbox"/> Préciser Specify _____	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		CODE POSTAL POSTAL CODE _____		Numéro de téléphone Phone Number _____	
ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day _____		ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day _____		ANNÉE MOIS JOUR Year Month Day _____	
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient					

**3.5.3 Résidence temporaire au Québec (Section 3)**

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

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

**Code postal :** 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 de la résidence du patient dans cette province.

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

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration <b>Services internes dispensés au Québec</b> Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
<b>Établissement</b> Code de l'établissement _____ Nom de l'établissement _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____			
Adresse (numéro, rue, localité) _____		CODE POSTAL _____			
<b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER _____		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters _____		Numéro de téléphone Phone Number _____	
Date de naissance - Birth date ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card _____	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____	
Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____			
<b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) _____		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay			
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin		DU - FROM Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : _____		AU - TO Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN		<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY : _____		Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS		Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :			
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec			
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec 123, rue Nouvelle, Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE G 1 C 0 T 0	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card 123, rue du Patient, Ville du Patient		Province Ontario		CODE POSTAL POSTAL CODE K 1 H 0 T 0	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		<input checked="" type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		2 0 0 9 0 4 0 1      2 0 0 9 0 4 0 2	
<b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION _____		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) _____		Date _____	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters _____		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify _____			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		3716 266 04/09      Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient			

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

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

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

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

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration <b>Services internes dispensés au Québec</b> Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
<b>Établissement</b> Code de l'établissement _____ Nom de l'établissement _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____		Numéro de contrôle externe/External control number _____	
Adresse (numéro, rue, localité) _____		CODE POSTAL _____			
<b>Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card</b>					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » - HEALTH CARD NUMBER _____		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters _____		Numéro de téléphone Phone Number _____	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card _____	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
<b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) _____		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____		Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin		Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : _____		DU - FROM Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN		<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY : _____		AU - TO Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS		<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :		Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____					
<b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec _____		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			
<b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) <i>Paul Untel</i>		Date 2009-04-01	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters <i>John Smith</i>		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian		<input type="checkbox"/> Préciser Specify _____	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone Phone Number _____					
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient					

**3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (Section 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 de la résidence 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 conservé 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.

## 5.1.2 Tarif journalier

Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2011.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Tarif journalier :</b>	
401	- Soins de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé
402	- Soins d'un nouveau-né (bien portant) . . . . . (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique)	373,00
405	- Soins intensifs de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé

## # 5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches

Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011 (\*).

CODES DES SERVICES	CATÉGORIE DE SERVICE	SÉJOUR MAXIMAL (SM)	TARIF MONOLITHIQUE DE BASE (\$)	TARIF QUOTIDIEN MAJORÉ ET NORMALISÉ – SÉJOUR EXCÉDANT LE SM
600	Coûts d'acquisition (à l'extérieur du Canada) moelle osseuse, cellules souches et anticorps monoclonal . . . .	---	Coût facturé	Coût facturé
601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	24 158,00	---
602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	28 988,00	---
603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .	16 jours	54 355,00	2 013,00
604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .	13 jours	72 475,00	3 623,00
605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA) . . . . .	25 jours	125 087,00	2 149,00
606	Greffe allogénique – chez l'enfant . . . . .	25 jours	154 882,00	3 893,00
607	Greffe allogénique / adulte / patient DCNA . . . . .	25 jours	150 990,00	2 149,00

# Veuillez vous référer aux Règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches à la page 6.

Avant le 1<sup>er</sup> septembre 1998, se reporter aux codes de services 105 et 107 des tarifs pour la facturation interprovinciale des interventions très coûteuses (en vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 1998 ou après cette date) et aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantation.

(\*) En vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 2011 ou après cette date.

**5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)**

1. Toute hospitalisation distincte (p. ex. pour une évaluation avant l'intervention, la stabilisation ou réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
2. Chaque visite d'un patient externe distincte d'une hospitalisation liée à l'intervention très coûteuse peut être facturée au tarif interprovincial autorisé pour les consultations externes.
3. L'approvisionnement comprend tous les frais associés à l'acquisition, à l'entreposage, à l'expédition et à la viabilité de l'organe à transplanter ainsi que les frais médicaux et hospitaliers liés à la conservation du donneur.
4. Dans tous les cas, la province ou le territoire de résidence du receveur doit assumer les frais associés à l'acquisition d'organes au pays ou hors du Canada.
5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, ainsi que le coût de l'approvisionnement au pays.
6. Le tarif des codes 106 et 108 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, mais non le coût de l'approvisionnement au pays. L'administration qui fournit les soins peut facturer les frais d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
7. Acquisition d'organes hors du Canada : quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province ou au territoire de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104), plus les frais d'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 20 925 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 20 925 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
8. 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.
9. 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.
10. 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, comme indiqué précédemment.

**5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES 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 ou les cellules souches sont obtenues 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 ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût facturé effectivement payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province d'origine du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsque les patients sortent de 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 17 ans et moins.
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 réhospitalisées 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 facturable conformément aux 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 la 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  
Case postale 500  
Québec QC 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 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 Labrador</b>	Department of Health and Community Services Confederation Building P.O. Box 8700 St. John's (Terre-Neuve et Labrador) A1B 4J6 Téléphone 1 : 709 729-3996 Téléphone 2 : 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 (Ile-du-Prince-Edouard) 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>	Department of Health B.P. 5100 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 457-4800
<b>Québec</b>	Services hospitaliers hors du Québec Régie de l'assurance maladie du Québec Case Postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3 Téléphone : Montréal : 514 864-3411 Appels sans frais 1 800 561-9749 (d'une autre localité du Québec)
# <b>Ontario</b>	Ontario-Ministry of Health and Long-Term Care MacDonald-Cartier Building Financial Management Branch 2 <sup>nd</sup> floor 49 Place D'Armes Kingston (ON) K7L 5J3 Téléphone 613 548-6600 (reciprocal hospital billing)
<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**

<b>PROVINCES / TERRITOIRES</b>	<b>ADRESSES</b>
# <b>Alberta</b>	Adresse principale : <b>Edmonton</b> Alberta Health and Wellness 10025 Jasper Avenue P.O. Box 1360 Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 427-1432
# <b>Colombie-Britannique</b>	Ministry of Health Out of Province Claims 1515 Blanshard Street Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8 Téléphone : 250 952-1036 Téléphone : 250 952-1334 (Pour demandes de remboursement hors province)
# <b>Yukon</b>	Insured Health and Hearing Services Government of Yukon Department of Health and Social Services 4 <sup>th</sup> floor 204 Lambert St P.O. Box 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone 1 : 867 667-5202 Téléphone 2 : 867 667-8949 (Pour demandes de remboursement hors province)
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Department of Health and Social Services Health Services Administration Inuvik Branch Office 2 <sup>nd</sup> Floor, IDC Building Bag Service #9 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0 Appels sans frais : 1 800 661-0830
<b>Nunavut</b>	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.