

**ENTENTES INTERPROVINCIALES  
EN ASSURANCE SANTÉ  
SERVICES HOSPITALIERS INTERNES  
( N° 420 )**

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 978-2-550-48900-9

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

**MISE À JOUR : 28**

**AVRIL 2016**

**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

**- TABLE DES MATIÈRES**

- Modifications administratives

**Page : 2**

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Modifications tarifaires et d'ordre administratif
- Ajouts des définitions des implants spéciaux
- Suppression des règles d'application 11 et 12 pour la facturation des services de transplantation (greffe)

**Pages : 1 à 7**

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre 003 du 2016-04-01.

**La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.**

**LÉGENDE**

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
  - # : Modification ou ajout de contenu administratif
  - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
  - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
  - T : Modification du tarif
  - S : Suppression de contenu administratif ou officiel

- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN 978-2-550-48900-9

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 manuel des Ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers internes, vise à renseigner les établissements de santé du Québec sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

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

À cet égard, ce manuel contient, notamment, les instructions relatives à la rédaction de la demande de paiement de services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

Lorsque le texte du manuel des Ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers internes, est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

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

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

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

À sa demande, l'établissement de la santé pourra recevoir gratuitement une version papier de ce manuel nécessaires à sa pratique. Les mises à jour papier de cette publication lui seront par la suite transmises régulièrement par la poste. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuel, formulaires et renseignements* du présent manuel.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute communication avec la Régie, veuillez consulter les coordonnées de la page suivante.

## COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

**Par le site Web :**

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

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

**Par courrier électronique :**

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

**Par téléphone :**

- Québec : 418 643-8210  
 - Montréal : 514 873-3480  
 - Ailleurs au Québec : 1 800 463-7763

**Par télécopieur :**

# - Québec : 418 646-3492

**Par la poste :**

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

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

<b>MAJ</b>	=	<b>mise à jour</b>
<b>XX</b>	=	<b>numéro séquentiel</b> de la mise à jour papier
<b>MMMM 20AA</b>	=	<b>mois</b> et <b>année</b> de la publication de la mise à jour
<b>ZZ</b>	=	ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>99</b> indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);</li> <li>- <b>00</b> indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.</li> </ul>

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

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

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES .....	1
1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD .....	1
1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD .....	1
1.3 PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE .....	2
2. SERVICES .....	1
2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD .....	1
2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD .....	2
3. DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n° 3885</i> ) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION ( <i>formulaire n° 3716</i> ) .....	1
3.0 AVANT-PROPOS .....	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire n° 3885</i> ) .....	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....	4
3.2.1 Établissement ( <i>section 1</i> ) .....	4
3.2.2 Patient ( <i>section 2</i> ) .....	6
3.2.3 Détails de la demande ( <i>section 3</i> ) .....	8
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) .....	14
3.3.3 Implants spéciaux .....	16
3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches .....	17
3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION ( <i>formulaire n° 3716</i> ) .....	19
3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION .....	21
3.5.1 Établissement ( <i>section 1</i> ) .....	23
3.5.2 Patient ( <i>section 2</i> ) .....	23
3.5.3 Résidence temporaire au Québec ( <i>section 3</i> ) .....	25
3.5.4 Installation permanente au Québec ( <i>section 4</i> ) .....	27
3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant ( <i>section 5</i> ) .....	29
3.6 EXPÉDITION .....	31
3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE .....	31

	<i>Page</i>
4. PAIEMENT .....	<b>1</b>
4.1 MODE DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
4.2 ÉTAT DE COMPTE .....	<b>2</b>
4.2.1 Description .....	<b>3</b>
4.3 RETARD DE PAIEMENT .....	<b>6</b>
4.4 RÉÉVALUATION .....	<b>6</b>
5. TARIFS INTERPROVINCIAUX .....	<b>1</b>
5.1 TARIFS DES SERVICES .....	<b>1</b>
5.1.1 Facturation interprovinciale des Interventions chirurgicales très coûteuses .....	<b>1</b>
5.1.2 Tarif journalier .....	<b>3</b>
5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches .....	<b>4</b>
5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)	<b>5</b>
#5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES .....	<b>8</b>
6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS .....	<b>1</b>
6.1 MANUEL .....	<b>1</b>
6.1.1 Manuel sur Internet .....	<b>1</b>
6.1.2 Manuel papier et commande .....	<b>1</b>
6.2 FORMULAIRES .....	<b>1</b>
6.2.1 Formulaires sur Internet .....	<b>1</b>
6.2.2 Formulaires papier .....	<b>1</b>
6.2.3 Commande .....	<b>1</b>
6.3 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS .....	<b>1</b>
6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES .....	<b>2</b>

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

Cet accord vise tous les résidents canadiens qui reçoivent des services internes dans un établissement situé hors de leur province ou territoire de résidence et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

La carte santé de la province ou du territoire de résidence de la personne constitue cette preuve (voir section **1.3**).

Il peut arriver que la carte santé soit remplacée par une attestation émise par la province ou le territoire.

L'établissement doit s'assurer que la carte santé présentée **n'est pas expirée**, si une date d'expiration y paraît.

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

Les résidents canadiens qui reçoivent des services internes et qui ne présentent pas de carte santé valide ou qui ne peuvent pas faire la preuve de leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie, **doivent payer les frais des services internes**.

**1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD**

- les personnes non domiciliées au Canada;

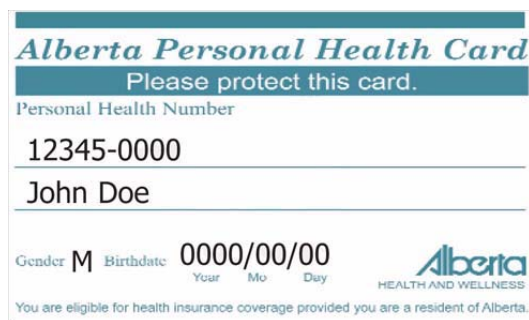
- les personnes qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

Dans ces cas, le paiement des services rendus doit être réclamé au patient.

## 1.3 PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

La carte santé de la province ou du territoire de résidence (ou l'attestation émise par la province ou le territoire) constitue cette preuve.

## ALBERTA

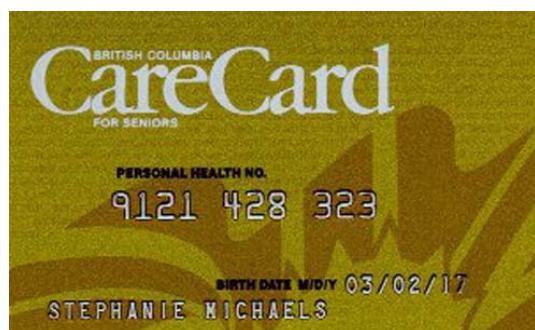


La carte santé de l'Alberta est en papier. Le fond est blanc. Dans la partie supérieure de la carte, il y a une large bande de couleur bleu sarcelle. Le texte pré-imprimé et le logo Alberta Health sont également de couleur bleu sarcelle. Des cartes individuelles sont émises. La carte contient les renseignements 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.

## COLOMBIE-BRITANNIQUE (suite)



## CARTE SANTÉ ET PERMIS DE CONDUIRE AVEC PHOTO

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

Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.



## CARTE SANTÉ AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais celle-ci est seulement pour la carte santé, donc dans la partie supérieure de la carte on retrouve seulement les mots « British Columbia Services Card ».

Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.

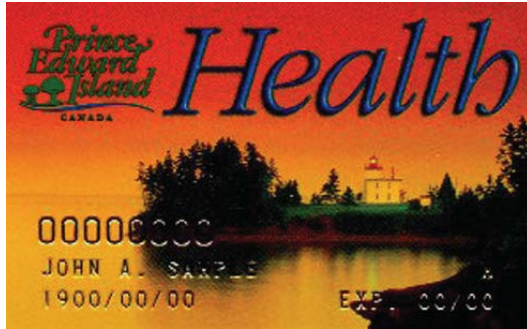


## CARTE SANTÉ SANS PHOTO

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

Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.

## ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD



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

Attention à la date d'expiration.

MANITOBA

Nouvelle carte :

REGISTRATION CARD  
CARTE D'IMMATRICULATION

REGISTRATION NO.  
N° D'IMMATRICULATION

000000

Manitoba Health Santé

JOE SMITH  
300 CARLTON ST  
WINNIPEG MB R3B 3M9

VALID ONLY IF RESIDENT OF MANITOBA  
VALABLE SEULEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU MANITOBA

NAME(S)/NOM(S)	REG. # #MM	Sexe	Birthdate Date de naissance	Coverage Start Date Entrée en vigueur de la garantie
			Day/Mo/Yr	Day/Mo/Yr
JOE SMITH 000 000 000	000000	M	18 05 62	01 06 00
MARY JANE SMITH 000 000 000	000000	F	24 05 65	01 06 00
JOHN DOE SMITH 000 000 000	000000	M	24 12 99	01 06 00
SUSAN SMITH 000 000 000	000000	F	03 04 00	01 06 00
WILLIAM SMITH 000 000 000	000000	M	03 04 00	01 06 00

#

La nouvelle carte comporte du texte imprimé (violet et rouge) sur fond blanc.

Dans une 1<sup>re</sup> section on y trouve :

- l'ancien numéro d'identification à 6 chiffres;
- le nom et le prénom du titulaire de la carte;
- l'adresse du résident manitobain.

Dans une 2<sup>e</sup> section, on y trouve :

- le numéro d'identification personnel à 9 chiffres des membres de la famille.
- le nom et prénom de chaque membre de la famille, y compris celui du titulaire;
- le sexe et la date de naissance de chaque personne;
- la date d'entrée en vigueur de la garantie.

Autres cartes :

REGISTRATION CARD  
CARTE D'IMMATRICULATION

REGISTRATION NO.  
N° D'IMMATRICULATION

000000

Manitoba Health Santé

JOE SMITH  
300 CARLTON STREET  
WINNIPEG MB R3B 3M9

Manitoba

VALID ONLY IF RESIDENT OF MANITOBA  
VALABLE SEULEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU MANITOBA

NAME(S)/NOM(S)	REG. # #MM	Sexe	Birthdate Date de naissance	Coverage Date Entrée en vigueur de la garantie
			Day/Mo/Yr	Day/Mo/Yr
JOE 000000000	000000	M	18 05 62	01 01 66
MARY JONES 000000000	000000	F	24 05 65	01 06 00
JOHN DOE 000000000	000000	M	24 12 94	01 06 00
SUSAN 000000000	000000	F	16 07 92	01 06 00
WILLIAM 000000000	000000	M	03 04 06	03 04 06

SAMPLE

REGISTRATION CERTIFICATE  
CERTIFICAT D'IMMATRICULATION

REGISTRATION NO.  
N° D'IMMATRICULATION

123456

Manitoba Health Insured Benefits Branch  
Manitoba Health Direction des services assurés

JOHN DOE  
599 EMPRESS ST.  
WINNIPEG MB R3C 2T6

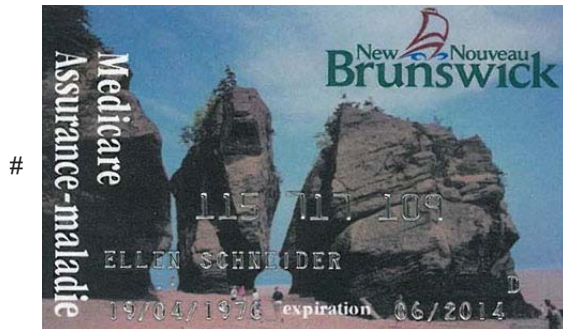
VALID ONLY IF RESIDENT OF MANITOBA  
VALABLE SEULEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU MANITOBA

NAME(S)/NOM(S)	REG. # #MM	Sexe	Birthdate Date de naissance	Coverage Date Entrée en vigueur de la garantie
			Day/Mo/Yr	Day/Mo/Yr
JOHN 111 111 111	123456	M	04 62	01 04 62
BETTY 222 222 222	123456	F	09 61	15 09 61
MARK 333 333 333	123456	M	12 84	16 12 84

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

## NOUVEAU-BRUNSWICK

Nouvelle carte :



La carte santé est en plastique. On y retrouve :

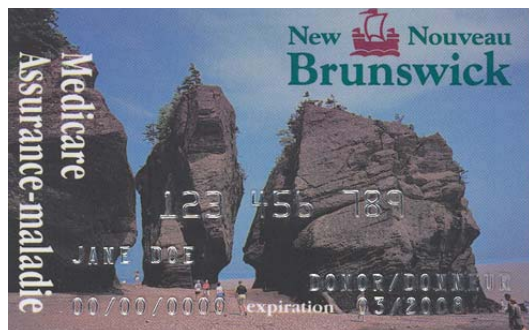
- un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell;
- le bateau inclus dans le logo du Nouveau-Brunswick a été changé;
- le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres;
- le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi que la date d'expiration;
- au verso, elle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

Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent.

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

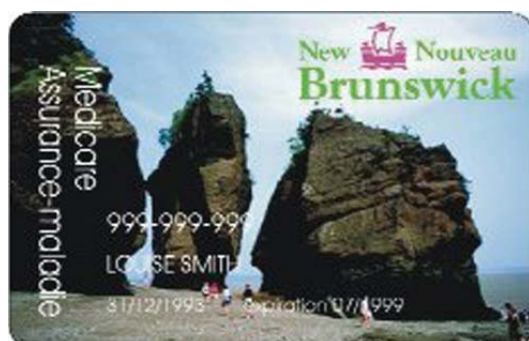
Attention à la date d'expiration.

Autres cartes :



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

Attention à la date d'expiration.

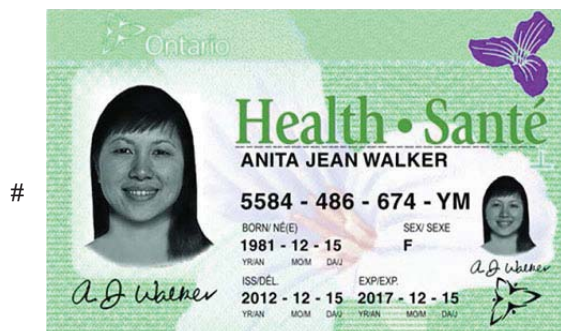




## ONTARIO

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

Nouvelle carte :



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

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

Attention à la date d'expiration.

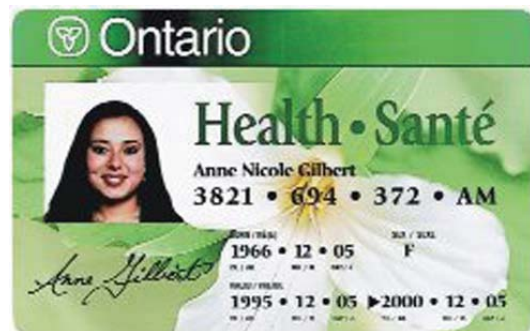
Autres cartes :



## CARTE AVEC PHOTO

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

Attention à la date d'expiration.

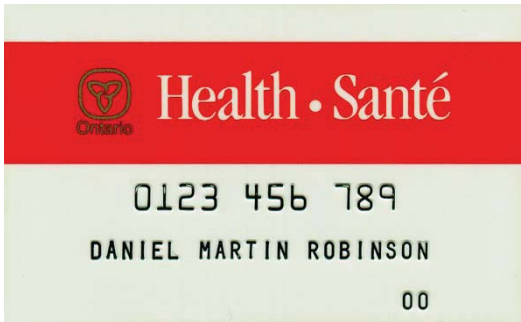


## CARTE AVEC PHOTO

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

Attention à la date d'expiration.

ONTARIO (suite)



## CARTE ORIGINALE ROUGE ET BLANC

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

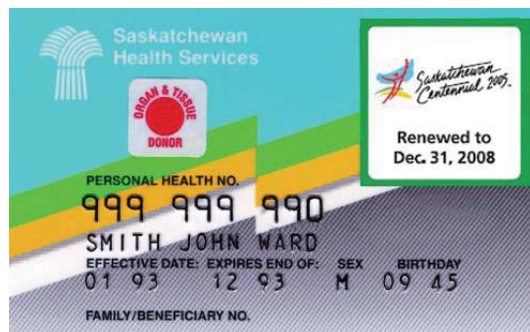


## CARTE DES 65 ANS

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

## SASKATCHEWAN

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



## CARTES ÉMISES EN 2005 OU AVANT

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

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



## CARTES ÉMISES APRÈS 2005

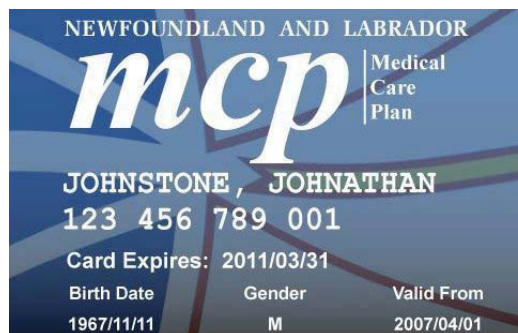
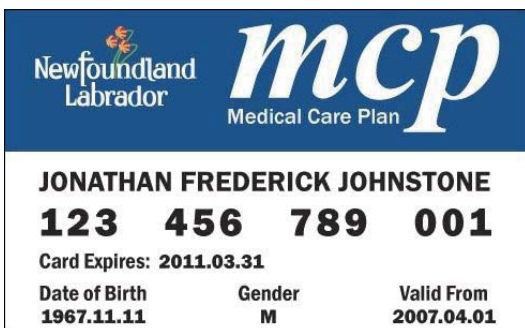
Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

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

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

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

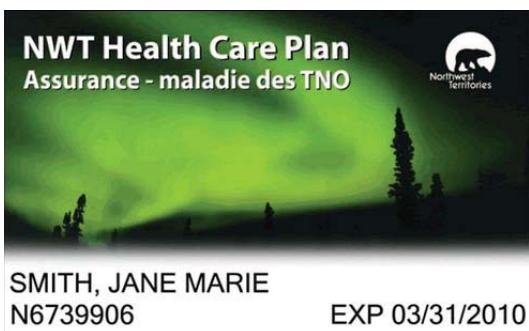
## TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



À compter d'avril 2008 et pour une durée de cinq ans, les cartes embossées à droite 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.

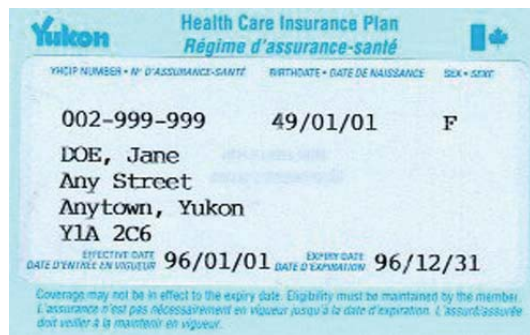
## TERRITOIRES DU NORD-OUEST



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.

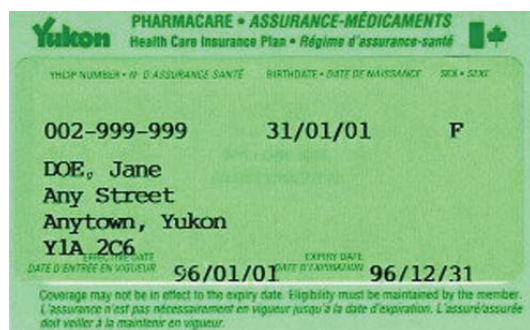
Attention à la date d'expiration.

## 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 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;
  - cœur;
  - cœur-poumons;
  - poumons;
  - foie;
  - moelle osseuse;
  - rein (enfant ou adulte);
  - rein et pancréas.

Implants spéciaux :

- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- implants cochléaires.

**2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD**

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;

S

- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;

- Fécondation *in vitro* et insémination artificielle;

- Lithotripsie pour lithiases vésiculaires;

- Changement de sexe;

- Examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;

- Traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;

- Acupuncture, acupressure, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biorétroaction (biofeedback), hypnothérapie;

- Services assurés par d'autres organismes : 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 à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes 06 et 07 pour les services aux malades externes);

- soins à domicile;

- 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 6.4 pour connaître les adresses et les numéros de téléphone des provinces et des territoires).**

### 3. DEMANDE DE PAIEMENT

**DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 3885) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire 3716)**

#### 3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* (3885) lorsque l'établissement demande le paiement de services internes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

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

#### Instructions générales :

- # - Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules;
- Inscrive les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrive le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence des personnes assurées;
- Remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Signer la demande de paiement;
- Faire signer la déclaration d'assurance hospitalisation par la personne assurée;
- L'établissement doit conserver, dans ses dossiers, l'adresse de chaque personne assurée traitée;
- Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

**Vous devez utiliser deux demandes de paiement distinctes lorsqu'il s'agit de deux périodes d'hospitalisation différentes.**

Pour une période d'hospitalisation continue, chaque demande de paiement doit comporter les données requises pour son évaluation.

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

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

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

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

**3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** (*formulaire 3885*)

La demande de paiement comporte cinq sections :

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



**3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT****3.2.1 Établissement (section 1)****N° de contrôle externe :**

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

**Code de l'établissement :** Inscrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de cinq chiffres).

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

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

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

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

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



**3.2.2 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 trois mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père.

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

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

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

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

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

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

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

**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 dans la province émettrice de la carte.

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



**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 trois codes de diagnostic.

# **Code d'intervention** : Inscire le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des mala-dies* (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois 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 2012-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

#	DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION :	2012-04-21
#	DATE DE FIN DE FACTURATION :	2012-04-21

**Code de service** : Inscire le code (trois 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** : Inscrive le tarif journalier.

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

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



3.2.4 Renseignements complémentaires (section 4)

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

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 DELIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ	DATE DE NAISSANCE	SEXE	
ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>	ANNÉE MOIS JOUR	M	F
ADRESSE (numéro, rue, localité)					CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION	DATE DE CONGÉ	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC			CODE D'INTERVENTION		
ATTRIBUT D'INTERVENTION			ATTRIBUT D'INTERVENTION		
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION		CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
TOTAL					

**4- Renseignements complémentaires**

Frais d'acquisition de cellules souches à l'étranger.

**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 **PAUL UNTEL** (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée *Paul Untel*

DATE ANNÉE MOIS JOUR **2012 05 10**

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2.5 Attestation de l'établissement (section 5)

**Nom et prénom de la personne autorisée :** Inscrire en lettres majuscules le nom et le prénom de la personne autorisée.

**Signature de la personne autorisée :** La signature de la personne autorisée est obligatoire.

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

3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION

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

Lorsque l'hospitalisation d'une personne assurée s'étend sur une longue période (ex: plus d'un mois), les frais d'hospitalisation peuvent être réclamés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

- # Vous devez fournir à la Régie les informations sur l'état de la personne pour justifier une hospitalisation de plus de 30 jours. La mise à jour sur l'état du patient doit être fournie à tous les 30 jours par la suite 60<sup>e</sup> jour et le 90<sup>e</sup> jour.

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

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 <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ANNÉE MOIS JOUR			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	DATE DE CONGÉ	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 0 1 2	0 5 0 1	C			
CODE DE DIAGNOSTIC: F 0 1 1					
CODE D'INTERVENTION: 1 L A 8 4 L A X X Q					
ATTRIBUT D'INTERVENTION: S					

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 2   0 5 0 1	2 0 1 2   0 5 3 1	401	1 1 0 0   0 0	31	3 4 1 0 0   0 0
<b>TOTAL</b>					3 4 1 0 0   0 0

**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 \_\_\_\_\_ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

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

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

**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 <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR
ADRESSE (numéro, rue, localité)			SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION	DATE DE CONGÉ	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 0 1 2   0 5   0 1	2 0 1 2   0 6   2 5	N			
CODE DE DIAGNOSTIC	CODE D'INTERVENTION		ATTRIBUT D'INTERVENTION		
SITUATION LIEU ÉTENDUE	SITUATION LIEU ÉTENDUE	SITUATION LIEU ÉTENDUE			
F 0 1 1	1 L A 8 4 L A X X Q	S			

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 2   0 6   0 1	2 0 1 2   0 6   2 4	401	1 1 0 0   0 0	24	2 6 4 0 0   0 0
<b>TOTAL</b>					2 6 4 0 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 \_\_\_\_\_ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03
Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

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

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

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

- Remarques :**
- 1) Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province de résidence du donneur.
  - 2) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province de résidence du receveur de l'organe.
  - 3) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que les frais de transport sont des services assurés par la province de résidence du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

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

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





**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)

# 3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches (exemple)

**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 ANNÉE MOIS JOUR \_\_\_\_\_ PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE \_\_\_\_\_ NOUVEAU-NÉ  DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR \_\_\_\_\_ SEXE  M  F

ADRESSE (numéro, rue, localité) \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR 2 0 1 2 0 4 0 1 DATE DE CONGÉ ANNÉE MOIS JOUR 2 0 1 2 0 4 2 9 GENRE DE SÉJOUR N ACCIDENT  CODE \_\_\_\_\_ DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC C 8 1 0 \_\_\_\_\_

CODE D'INTERVENTION 1 W Y 1 9 H H X X A \_\_\_\_\_

ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE  
 M 1 \_\_\_\_\_

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

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ DATE ANNÉE MOIS JOUR \_\_\_\_\_

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

**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 cinq sections :

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

3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire n° 3716) (suite)

<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>Numéro de contrôle externe/External control number</p>		
<p><b>Établissement</b> ①</p>		
Code de l'établissement	Nom de l'établissement	Date d'admission Année Mois Jour
Adresse (numéro, rue, localité)		CODE POSTAL
<p><b>Patient</b> ② <b>Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé »</b> - Provide all information appearing on health card</p>		
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
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)		Province CODE POSTAL POSTAL CODE
<p><b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b> ③</p>		
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)	Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE
		Numéro de téléphone Phone Number
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin		Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> 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):		DU - FROM Année Mois Jour Year Month Day AU - TO Année Mois Jour Year Month Day
ÉTUDES : EDUCATION: ..... NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) PRÉCISER : SPECIFY: .....		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
<p><b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b> ④</p>		
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	Année Mois Jour Year Month Day	<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec
<p><b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b> ⑤</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.		
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 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION****3.5.1 Établissement** (*section 1*)

**Code de l'établissement** : Inscrive le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de cinq chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

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

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

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

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

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

3.5.1 Établissement (section 1) exemple

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire 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 Mois Jour 2 0 0 9 0 4 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 ANNEE 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		Année Mois Jour Year Month Day		Date d'expiration de la carte Expiry date of card	
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 CODE POSTAL Québec POSTAL CODE	
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 OF PUBLIC INSTITUTION)		Année Mois Jour Year Month 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	
<b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec				Province CODE POSTAL Québec 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				<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 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			
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 trois mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père. S'assurer que la carte est valide en vérifiant la date d'expiration.

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

**Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :** Nom et prénom usuels inscrits sur la carte 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 dans la province émettrice de la carte.

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

**Code postal :** Code postal de l'adresse permanente de la personne assurée.

3.5.2 Patient (section 2) exemple

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire 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 _____		Numéro de contrôle externe/External control number _____			
Adresse (numéro, rue, localité) _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____ 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 SMITH JOHN		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 (123) 456-7890	
Date de naissance - Birthdate ANNEE YEAR 1967 MOIS MONTH 12 JOUR DAY 01		Sexe - Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card Ontario	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card		Date d'expiration de la carte Expiry date of card 2013 12 01		Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) 123, rue du Patient, Ville du Patient	
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"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):			<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION PRÉCISER : SPECIFY :		
DU - FROM Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			AU - TO Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		
Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province			ANNEE YEAR _____ MOIS MONTH _____		
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number	
<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		ANNEE 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 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 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					

**3.5.3 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.

3.5.3 Résidence temporaire au Québec (section 3)

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire 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 _____		Numéro de contrôle externe/External control number _____			
Adresse (numéro, rue, localité) _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____ 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 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 G 1 C   0 T 0 (418) 123-4567	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin			Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay		
<input checked="" type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT			<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : _____		
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN			<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY : _____		
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS			NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NAME OF FACILITY) _____		
<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 _____	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 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 <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.					
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			
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.

3.5.4 Installation permanente au Québec (section 4)

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire 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: _____		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: _____	
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				DU - FROM: Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN				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 _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
123, rue Nouvelle, Québec		G, 1, C 0, T, 0		(418) 123-4567	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card: _____		Province Ontario		CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
123, rue du Patient, Ville du Patient		K, 1, H 0, T, 0		(123) 456-7890	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card: 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, 1, 2, 0, 4, 0, 1	
<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 _____ 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					

**3.5.5 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.

3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>		<b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b> Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory			NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
					Numéro de contrôle externe/External control number	
<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		Sexe - Sex	Province ayant délivré la carte Province that issued card		Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card	
ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Année Mois Jour	
					Date d'expiration de la carte Expiry date of card	
					Année Mois Jour	
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				DU - FROM		
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN				AU - TO		
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS				Année Mois Jour		
<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):				Année Mois Jour		
				Année Mois Jour		
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			Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec		Année Mois Jour
<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 <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.						
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	
<i>John Smith</i>		<i>Paul Untel</i>			2012-04-01	
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

### 3.6 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 nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie à [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.



## 4. PAIEMENT

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

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

4.2 ÉTAT DE COMPTE

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>				<b>ÉTAT DE COMPTE</b>			
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM Centre hospitalier de Québec		NUMÉRO D'IDENTIFICATION 12345	NUMÉRO DE CHEQUE 12345678	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-01	NUMÉRO DU PAIEMENT HU-22	DATE DE LA FACTURATION / /	PAGE 1 de 2
1	2	3	4	5	6	7	
CENTRE HOSPITALIER DE QUÉBEC 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3							
8	SOMMAIRE						
PAIEMENTS ET RETENUES		NOMBRE		MONTANT			
PAIEMENTS							
9	SERVICES INTERNES				00,00		
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		00,00			
	REFACTURATION	0		0,00			
	SERVICES EXTERNES				0,00		
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		0,00			
	REFACTURATION	0		0,00			
	PAIEMENT REÇU		10	11	0,00		
	TOTAL DES PAIEMENTS				12	13	
						0,00	
RETENUES							
	SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION				0,00		
	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION				0,00		
	SOLDE REPORTÉ				0,00		
	TOTAL DES RETENUES					0,00	
	MONTANT NET					0,00	

SPÉCIMEN

HUP 001 4705 306 05/01

**4.2.1 Description**

L'état de compte contient les renseignements suivants :

**1. Nom :**

Nom de l'établissement.

**2. Numéro d'identification :**

Code de l'établissement (numéro corporatif).

**3. Numéro de chèque :**

Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.

**4. Date de l'état de compte :**

Date du paiement.

**5. Numéro du paiement :**

Numéro du cycle du paiement.

**6. Date de la facturation :**

Non applicable.

**7. Page :**

Numéro de page.

**8. Nom et adresse :**

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

**9. Paiements et retenues :**

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

**10. Nombre :**

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

**11. Montant :**

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

**12. Montant :**

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

**13. Montant :**

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

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

#

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

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

**15. No. ass. santé :**

Numéro d'assurance santé du patient.

**16. Nom et prénom :**

Nom et prénom de la personne assurée.

**17. Date début :**

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

**18. Date fin :**

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

**19. Code :**

Code du service.

**20. Montant demandé :**

Montant demandé pour le service.

**21. Montant autorisé :**

Montant autorisé pour le service.

**22. Type :**

Type de demande.

**23. Code de message :**

Code du message explicatif.

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

Description des types de demande.

**25. Description des messages :**

Énoncé du message explicatif correspondant au code de message.

**4.3 RETARD DE PAIEMENT**

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

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

**4.4 RÉÉVALUATION**

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

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

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

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

Toute demande de réévaluation doit être adressée à :

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

**5. TARIFS INTERPROVINCIAUX****5.1 TARIFS DES SERVICES**

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

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

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

**5.1.1 Facturation interprovinciale des interventions chirurgicales très coûteuses****# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016**

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Transplantation (par cas)</b>	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application.	
+ 100	<b>Acquisition d'organes hors Canada</b>	
	Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, son coût d'acquisition peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante :	
	Pour les codes 101 à 104 : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 24 254 \$ 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 24 254 \$ 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.	
	<b>Grefe d'organes</b>	
101	- cœur . . . . .	128 754,00
102	- cœur et poumons . . . . .	181 852,00
103	- poumons . . . . .	207 948,00
104	- foie . . . . .	131 914,00
106	- rein . . . . .	35 868,00
108	- rein et pancréas . . . . .	44 191,00

**AVIS :** 1) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur de l'organe.

2) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que ses frais de transport sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016

+	CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
<b>Implants spéciaux</b>			
S			
	310	- Implants cochléaires . . . . .	*
	311	- Stimulateurs/pacemakers cardiaques ou défibrillateurs (de tous types) . . . . .	*
	312	- Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation ITVA) . . . . .	*
	313	- Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV) . . . . .	*

\* Pour ces implants spéciaux, facturez le prix de la facture du dispositif plus le ou les tarifs journaliers autorisés de l'hôpital pour tous les jours du séjour associés à l'hospitalisation. La facture pour le dispositif doit être fournie à la province ou au territoire d'origine du patient avec la demande de remboursement.

**Veillez vous référer aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe) et aux définitions des implants spéciaux.**

## 5.1.2 Tarif journalier

# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
<b>Tarif journalier pour nouveau-nés :</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 commune ou aux soins intensifs, selon le cas. Le tarif pour nouveau-nés bien portants ne peut être facturé lorsque le tarif journalier en salle commune ou aux soins intensifs est facturé.)	432,00
405	- Soins intensifs de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé

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

# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016.\*

CODE DE SERVICE	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) incluant anticorps monoclonal . . . . .	---	Coût facturé	Coût facturé
T 601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	28 000,00	---
T 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	33 599,00	---
T 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .	16 jours	63 003,00	2 334,00
T 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .	13 jours	84 004,00	4 198,00
T 605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA) . . . . .	25 jours	144 985,00	2 492,00
T 606	Greffe allogénique – chez l'enfant . . . . .	25 jours	179 520,00	4 513,00
T 607	Greffe allogénique/adulte/patient DCNA . . . . .	25 jours	175 010,00	2 492,00

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

# \* En vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 2016 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 la réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
  2. Chaque visite d'un patient en 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 coûts associés à l'acquisition d'un organe au pays ou hors du Canada.
  5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, de l'admission au congé, 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, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, de l'admission au congé, 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 vient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante :
- Pour les codes 101 à 104 : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 24 254 \$ 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 24 254 \$ 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 cœur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un cœur naturel.
  10. Tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation d'un même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, comme indiqué précédemment.

S

**+ Définitions des implants spéciaux :****310 Implants cochléaires****Codes CCI**

- 1.DM.53.LA-LK implantation d'un appareil interne, cochlée; implant cochléaire à un seul canal
- 1.DM.53.LA-LL implantation d'un appareil interne, cochlée; implant cochléaire à plusieurs canaux

**311 Stimulateurs/pacemakers cardiaques ou défibrillateurs (tous types) ICD, etc.****Codes CCI****Approche transluminale percutanée (veineuse) ou approche SAI**

- 1.HZ.53.GR-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe
- 1.HZ.53.GR-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.GR-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque
- 1.HZ.53.GR-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

**Approche percutanée (tunnel sous-cutané)**

- 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur

**Approche ouverte (thoracotomie)**

- 1.HZ.53.LA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe
- 1.HZ.53.LA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.LA-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque
- 1.HZ.53.LA-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

**Approche ouverte sous-xiphœidienne**

- 1.HZ.53.QA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe

**Approche combinée, ouverte (thoracotomie) et transluminale percutanée (veineuse)**

- 1.HZ.53.SY-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.SY-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque
- 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

**312 Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation ITVA)**

Implantation d'une valve aortique xénogreffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter.

**Codes CCI**

- 1.HV.90.GP-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno-greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale percutanée (artérielle) (rétrograde)
- 1.HV.90.GR-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno-greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale transseptale percutanée
- 1.HV.90.ST-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno-greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche ouverte avec technique à cœur fermé [transventriculaire]

**313 Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV)**

Les dispositifs d'aide ventriculaire (DAV) comprennent la pompe mécanique (sous toutes formes : externe, implantée ou paracorporelle), la trousse d'implantation, le contrôleur externe et son circuit de secours, la source d'alimentation principale CA avec les câbles pour le patient, les piles, les chargeurs, l'adaptateur CC pour l'auto, le moniteur pour transmettre les renseignements sur les fonctions du DAV et pour permettre de modifier les réglages du contrôleur DAV, et l'équipement nécessaire, notamment les canules et les circuits propres au dispositif, le Doppler pour la circulation sanguine et la trousse étanche.

**Codes CCI**

- 1.HP.53.GP-QP implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche transluminale percutanée [p. ex. Impella]
- 1.HP.53.LA-QP implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche ouverte [p. ex. HeartMate, Novacor]

Les codes attribués comprennent les interventions suivantes, dans la CCI :

Insertion, dispositif d'assistance biventriculaire [DABIV]

Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire gauche [DAVG]

Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire droite [DAVD]

Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire [DAV]

- pour thérapie à long terme [p. ex. thérapie à visée définitive]

- pour thérapie à court terme [p. ex. thérapie en attente de sevrage ou en attente de transplantation]

Les codes attribués n'incluent pas l'ajustement, le repositionnement ou le retrait d'un DAV.

**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 d'admission, mais pas la date de 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. Coûts d'acquisition :
  - a) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, le coût d'acquisition est compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer le coût d'acquisition.
  - b) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province de résidence du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsqu'un patient obtient son congé de l'hôpital dans les 72 heures qui suivent la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a rendu le service de transplantation au tarif prévu.
7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Une personne qui obtient son congé et qui présente des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peut être hospitalisée de nouveau au tarif quotidien autorisé de l'hôpital et non au tarif quotidien majoré et normalisé.
9. Toute nouvelle hospitalisation du même patient aux fins d'une nouvelle greffe sera considérée comme un nouveau cas et sera facturable conformément aux présentes règles.
10. Sauf en ce qui concerne les coûts d'acquisition désignés au paragraphe 5b., les demandes de remboursement à l'égard des greffes de moelle osseuse et de cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. 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. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

### 6.1 MANUEL

#### 6.1.1 MANUEL SUR INTERNET

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

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

#### 6.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

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

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

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

### 6.2 FORMULAIRES

#### 6.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

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

#### 6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, l'établissement de la santé utilisant la demande de paiement (3885), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1<sup>er</sup> avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable.

#### 6.2.3 COMMANDE

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

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

### 6.3 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

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

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

#

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

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

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

## 6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

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

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

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

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