

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

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

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN 978-2-550-48902-3

**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ**

SERVICES HOSPITALIERS EXTERNES

MISE À JOUR : 32

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.

- TARIFS INTERPROVINCIAUX

- Modifications tarifaires et d'ordre administratif
- Ajout de la règle 10 pour la facturation des services

Pages : 1 à 4

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 externes, vise à vous renseigner sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des services externes entre les provinces et les territoires.

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

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

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

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

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

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Ailleurs au Québec : 1 800 463-7763

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-3492

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour
ZZ	= ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> - le 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.); - le 00 démontre qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'un règlement.

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

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 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	1
« SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE » (<i>Formulaire n° 2597</i>)	
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION (<i>Formulaire n° 2597</i>)	3
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
3.3 EXPÉDITION	8
3.4 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE	9
4. PAIEMENT	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 ÉTAT DE COMPTE	2
4.2.1 Description	3
4.3 RETARD DE PAIEMENT	6
4.4 RÉÉVALUATION	6
5. TARIFS INTERPROVINCIAUX	1
5.1 TARIFS DES SERVICES	1
# 6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS	1
# 6.1 MANUEL	1
# 6.1.1 Manuel sur Internet	1
# 6.1.2 Manuel papier et commande	1
# 6.2 FORMULAIRES	1
# 6.2.1 Formulaires sur Internet	1
# 6.2.2 Formulaires papier	1
# 6.2.3 Commande	1
# 6.3 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS	1
# 6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	2

1. PERSONNES ASSURÉES

1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD

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

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

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

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

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

1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD

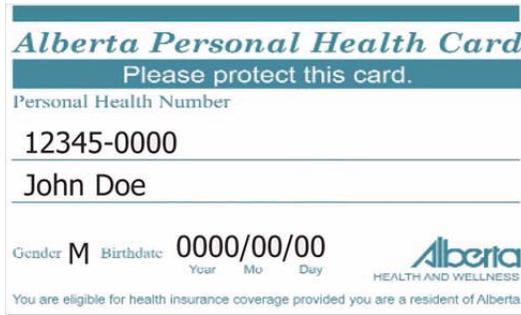
- les personnes non domiciliées au Canada;
- les personnes qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

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

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

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

ALBERTA

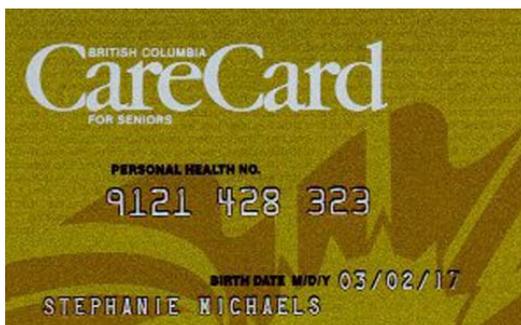


La carte santé de l'Alberta est en papier. Le fond est blanc. Dans la partie supérieure de la carte, il y a une large bande de couleur bleu sarcelle. Le texte pré-imprimé et le logo Alberta Health sont également de couleur bleu sarcelle. Des cartes individuelles sont émises. La carte contient les renseignements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

COLOMBIE-BRITANNIQUE



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



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

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

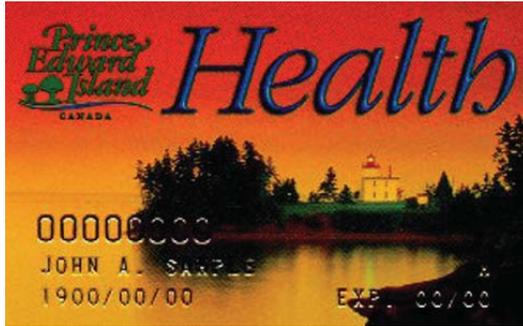
Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais celle-ci est seulement pour la carte santé, donc dans la partie supérieure de la carte on retrouve seulement les mots « British Columbia Services Card ». Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.



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 miniaturisé blanc avec l'année de naissance à droite. Cette carte est pour les enfants, les aînés et les immigrants temporaires. Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

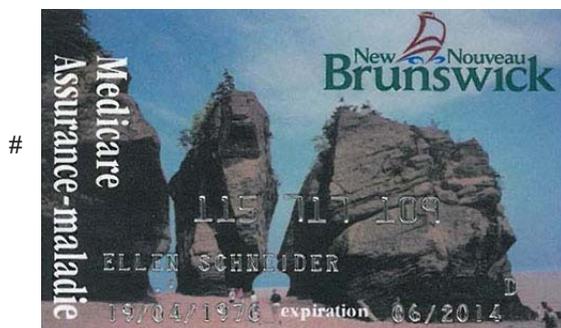


La carte santé de l'Île-du-Prince-Édouard est en plastique. Elle présente, sur fond orangé, un phare sur une presqu'île. La carte contient le numéro d'assurance maladie à huit chiffres, le nom, la date de naissance et le sexe de la personne assurée ainsi que la date d'expiration de la carte. L'année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

Attention à la date d'expiration.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Nouvelle carte :



La carte santé est en plastique. On y retrouve :

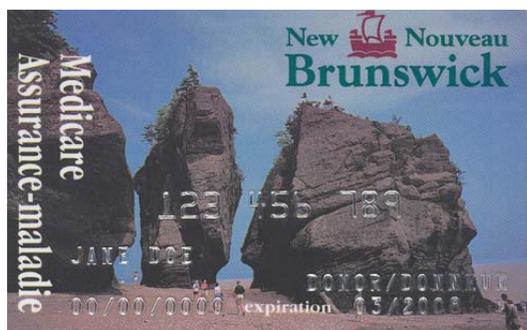
- un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell;
- le bateau inclus dans le logo du Nouveau-Brunswick, a été changé;
- le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres;
- le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi que la date d'expiration;
- au verso, elle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

Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent.

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

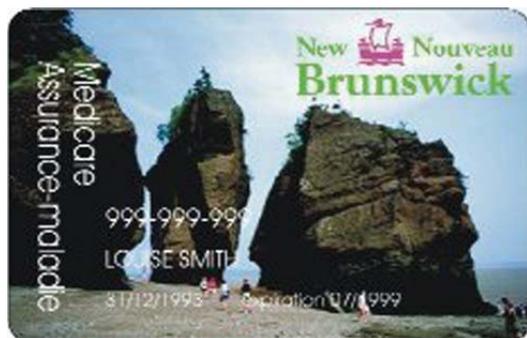
Attention à la date d'expiration.

Autres cartes :



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

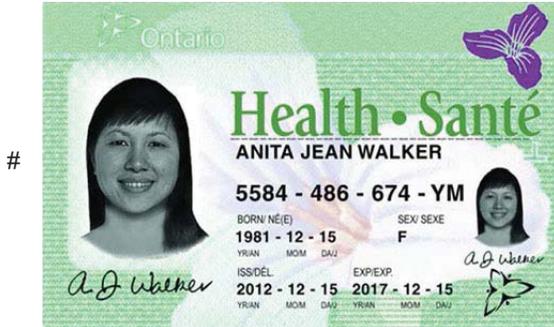
Attention à la date d'expiration.



ONTARIO

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

Nouvelle carte :



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

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

Attention à la date d'expiration.

Autres cartes :



CARTE AVEC PHOTO

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

Attention à la date d'expiration.

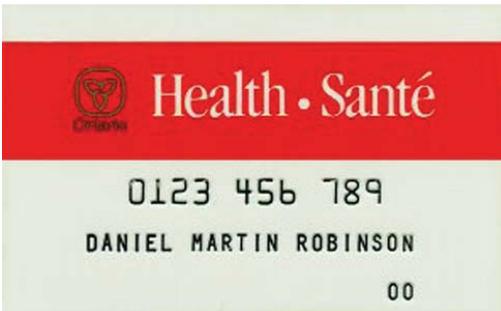


CARTE AVEC PHOTO

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

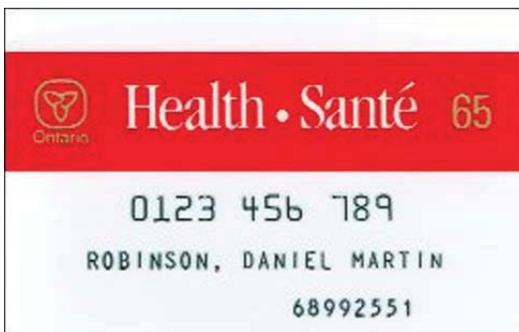
Attention à la date d'expiration.

ONTARIO (suite)



CARTE ORIGINALE ROUGE ET BLANC

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



CARTE DES 65 ANS

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

SASKATCHEWAN

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



CARTES ÉMISES EN 2005 OU AVANT

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

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



CARTES ÉMISES APRÈS 2005

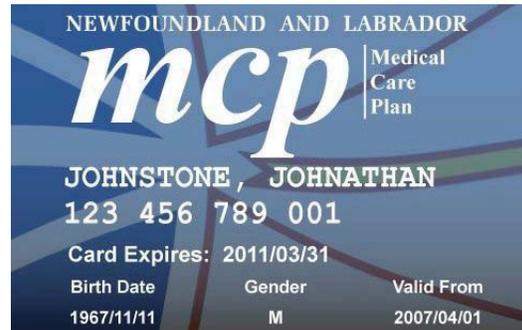
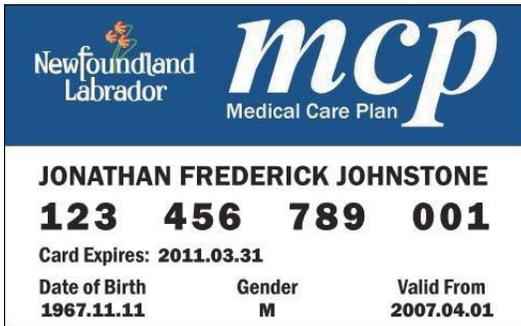
Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

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

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

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

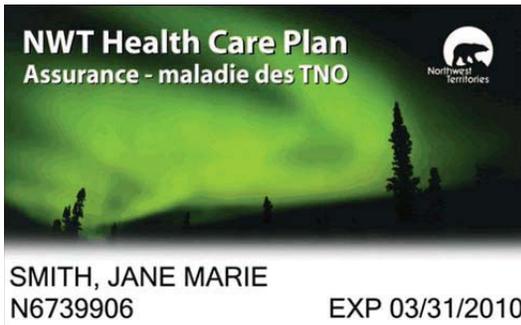
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



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

Attention à la date d'expiration.

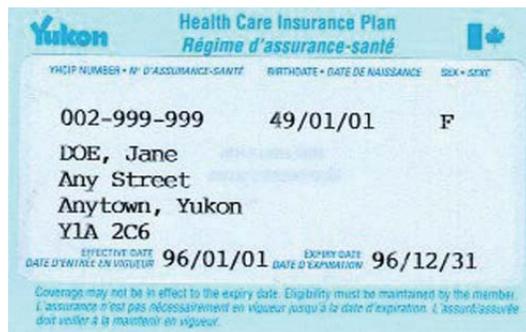
TERRITOIRES DU NORD-OUEST



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

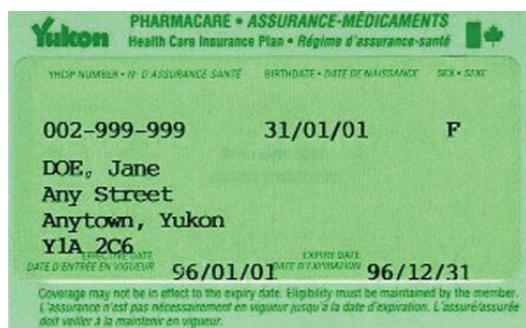
Attention à la date d'expiration.

YUKON



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

Attention à la date d'expiration.



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

Attention à la date d'expiration.

2. SERVICES

2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les services couverts en vertu de l'accord sont :

- Consultation externe (à l'exception des services identifiés spécifiquement à la section 2.2);
- Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque);
- Hémodialyse;
- Tomographie avec ordinateur (scanographie);
- Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont pas inclus dans aucun autre code de service;
- Visite et traitement par chimiothérapie;
- Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOC);
- Imagerie par résonance magnétique (comprenant les services du radiologiste);
- Services de radiothérapie;
- Stimulateurs cardiaques et implants cochléaires;
- Procédures coûteuses pour les services de laboratoire (excluant le dépistage génétique).

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

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

2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- S - Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- Services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste;
Note : un service dentaire dispensé par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu.
- 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 d'indemnisation des accidents du travail, 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;
- Tomographe par émission de positrons et scalpel gamma;
- 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;
- Services d'anesthésie et services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.

Vous **devez** communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec au numéro indiqué ci-après pour obtenir plus de renseignements sur les services qui sont exclus de l'accord de facturation réciproque. La Régie de l'assurance maladie du Québec pourra ainsi indiquer si les services sont couverts ou non et conseiller l'hôpital en ce qui concerne les modalités de facturation.

Numéro de téléphone

- Québec : 1 800 463-4776 (sans frais d'interurbain)

Vous devez également obtenir, par écrit, l'accord de la province ou du territoire de résidence avant de facturer à la Régie des services exclus (consultez la section 6.4 pour connaître les adresses et les numéros de téléphone des provinces et des territoires).

3. DEMANDE DE PAIEMENT

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

3.0 AVANT-PROPOS

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

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

Instructions générales :

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

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

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

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

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec		Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE
				Numéro de contrôle externe 1
1- Établissement				
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT 2		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT 3		
ADRESSE (numéro, rue, localité) 4			PROVINCE 5	CODE POSTAL 6
2- Détails de la demande				
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES 7			NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE 8	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » 9 10		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) 11		CODE DE SERVICE 17
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR 12		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> 13		22
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 14		SEXE M/F 15		
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 16				
CODE DE DIAGNOSTIC 18				
CODE D'INTERVENTION 19				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE 20				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU 21				
SPÉCIMEN				
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » 9 10 NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) 11				
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR 12		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> 13		22
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 14		SEXE M/F 15		
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 16				
CODE DE DIAGNOSTIC 18				
CODE D'INTERVENTION 19				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE 20				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU 21				
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » 9 10 NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) 11				
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR 12		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> 13		22
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 14		SEXE M/F 15		
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 16				
CODE DE DIAGNOSTIC 18				
CODE D'INTERVENTION 19				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE 20				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU 21				
TOTAL				23
3- 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 24				DATE ANNÉE MOIS JOUR
2597 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement				

3.1 DESCRIPTION (*Formulaire n° 2597*)

- # La demande de paiement comporte 24 parties réparties en 3 sections :
- # **Section 1: Établissement**
 - 1. Numéro de contrôle externe;
 - 2. Code de l'établissement;
 - 3. Nom de l'établissement;
 - 4. Adresse de l'établissement;
 - 5. Province de l'établissement;
 - 6. Code postal de l'établissement;
- # **Section 2 : Détails de la demande**
 - 7. Code de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées;
 - 8. Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées;
 - 9. Numéro de ligne;
 - 10. Numéro de la « carte santé »;
 - 11. Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte;
 - 12. Date d'expiration de la carte;
- # 13. Indicateur de nouveau-né;
- # 14. Date de naissance de la personne assurée;
- # 15. Sexe de la personne assurée;
- 16. Date du service;
- 17. Code de service;
- 18. Code de diagnostic;
- 19. Code d'intervention;
- # 20. Attribut d'intervention;
- 21. Renseignements complémentaires;
- 22. Tarif du service;
- 23. Coût total des services;
- # **Section 3 : Attestation de l'établissement**
 - 24. Attestation de l'établissement.

<p>Régie de l'assurance maladie Québec</p>	<p>Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p>
		<p>Numéro de contrôle externe A B C D E 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
1- Établissement		
<p>CODE DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>5 4 3 2 1</p>	<p>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Centre hospitalier fictif</p>	
<p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p> <p>270, des Convalescents</p>		<p>PROVINCE</p> <p>Québec</p>
		<p>CODE POSTAL</p> <p>G 0 K 0 T 0</p>
2- Détails de la demande		
<p>CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES</p>		<p>NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE</p>
<p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p>	<p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p>	
<p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
		<p>SEXE M/F</p>
		<p>DATE DU SERVICE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
A	<p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>	
	<p>CODE D'INTERVENTION</p>	
	<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>	
	<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>	
B	<p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p>	
	<p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p>	
<p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
		<p>SEXE M/F</p>
		<p>DATE DU SERVICE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
	<p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>	
	<p>CODE D'INTERVENTION</p>	
	<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>	
	<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>	
C	<p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p>	
	<p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p>	
<p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
		<p>SEXE M/F</p>
		<p>DATE DU SERVICE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
	<p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>	
	<p>CODE D'INTERVENTION</p>	
	<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>	
	<p>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU</p>	
		<p>TOTAL ▶</p>
3- Attestation de l'établissement		
<p>La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.</p>		
<p>Nom et prénom de la personne autorisée</p>		<p>DATE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
<p>Signature de la personne autorisée</p>		

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

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

2. Code de l'établissement :

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

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

3. Nom de l'établissement :

Inscrire le nom de l'établissement.

4. Adresse de l'établissement :

Inscrire l'adresse complète de l'établissement.

5. Province de l'établissement :

Inscrire la province de votre établissement (Québec).

6. Code postal de l'établissement :

Inscrire le code postal de votre établissement.

<p>Régie de l'assurance maladie Québec</p> <p>Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p>		
<p>Numéro de contrôle externe</p>			
1- Établissement			
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		
ADRESSE (numéro, rue, localité)			
PROVINCE			
CODE POSTAL			
2- Détails de la demande			
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES	NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE		
0,9	Terre-Neuve		
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	DOE JOHN		
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	M/F
2,0,1,3 0,5,3,1		1,9,4,9 0,1,1,0	M
DATE DU SERVICE			
ANNÉE MOIS JOUR			
2,0,1,2 0,5,1,5			
CODE DE DIAGNOSTIC			
I 3 1 2 I 3 2 8			
CODE D'INTERVENTION			
1 H B 5 3 L A J A			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU		0,2	1150:00
B			
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	DOE JOHN		
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	M/F
2,0,1,3 0,5,3,1		1,9,4,9 0,1,1,0	M
DATE DU SERVICE			
ANNÉE MOIS JOUR			
2,0,1,2 0,5,2,0			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU		0,1	270:00
C			
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	M/F
DATE DU SERVICE			
ANNÉE MOIS JOUR			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
TOTAL		1420:00	
3- 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 R. UNTEL			
(LETTRES MAJUSCULES)			
Signature de la personne autorisée <i>R. Untel</i>			DATE
			ANNÉE MOIS JOUR
			2,0,1,2 0,5,3,1

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

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

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

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

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

9. Ligne de service :

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

10. Numéro de la carte santé :

Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à 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 nouveaux-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 aux parents les services externes fournis.

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

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

12. Date d'expiration de la carte :

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

13. Indicateur de nouveau-né :

Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé.

14. Date de naissance de la personne assurée :

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

15. Sexe de la personne assurée :

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

16. Date du service :

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

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

Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe standard	01
Chirurgie d'un jour (incluant le traitement d'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque).	02
Hémodialyse	03
Tomographie avec ordinateur	04
Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service.	05
Visite et traitement par chimiothérapie	06
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
# Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)	08
Imagerie par résonance magnétique	11
Service de radiothérapie	12
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	13
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	15

18. Code de diagnostic :

Inscrire obligatoirement le code de diagnostic selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) principal lorsque le service est rendu en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes de diagnostic.

19. Code d'intervention :

Inscrire obligatoirement le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes d'intervention.

20. Attribut d'intervention :

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

21. Renseignements complémentaires :

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

22. Tarif du service :

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

23. Coût total des services :

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

24. Attestation de l'établissement :

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

3.3 EXPÉDITION

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

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

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.4 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 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 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 externes a entraîné un montant payé en trop à la corporation, il faut demander la **réévaluation** du paiement, au lieu de retourner le chèque. La Régie procédera alors aux ajustements nécessaires lors d'un paiement ultérieur.

4.2 ÉTAT DE COMPTE

Régie de l'assurance maladie Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3		ÉTAT DE COMPTE			<table border="1"> <tr> <th>NUMÉRO DU PAIEMENT</th> <th>DATE DE LA FACTURATION</th> <th>PAGE</th> </tr> <tr> <td>HU-22</td> <td></td> <td>1 de 2</td> </tr> </table>		NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE	HU-22		1 de 2																																				
NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE																																														
HU-22		1 de 2																																														
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 CHÈQUE 12345678	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-01																																												
1		2	3	4	5	6																																										
CENTRE HOSPITALIER DE QUÉBEC 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3																																																
8	SOMMAIRE																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">PAIEMENTS ET RETENUES</th> <th style="text-align: center;">NOMBRE</th> <th style="text-align: center;">MONTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">PAIEMENTS</td> </tr> <tr> <td> 9 SERVICES INTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION </td> <td style="text-align: center;">0 0</td> <td style="text-align: right;">0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SERVICES EXTERNES</td> </tr> <tr> <td> DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION </td> <td style="text-align: center;">0 0</td> <td style="text-align: right;">0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td>PAIEMENT REÇU</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DES PAIEMENTS</td> <td></td> <td style="text-align: right;">12 0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">RETENUES</td> </tr> <tr> <td>SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION</td> <td></td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION</td> <td></td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>SOLDE REPORTÉ</td> <td></td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DES RETENUES</td> <td></td> <td style="text-align: right;">13 0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MONTANT NET</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">0,00</td> </tr> </tbody> </table>							PAIEMENTS ET RETENUES	NOMBRE	MONTANT	PAIEMENTS			9 SERVICES INTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00	SERVICES EXTERNES			DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00	PAIEMENT REÇU	10	0,00	TOTAL DES PAIEMENTS		12 0,00	RETENUES			SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION		0,00	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION		0,00	SOLDE REPORTÉ		0,00	TOTAL DES RETENUES		13 0,00	MONTANT NET					0,00
PAIEMENTS ET RETENUES	NOMBRE	MONTANT																																														
PAIEMENTS																																																
9 SERVICES INTERNES DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00																																														
SERVICES EXTERNES																																																
DEMANDES DE PAIEMENT REFACTURATION	0 0	0,00 0,00																																														
PAIEMENT REÇU	10	0,00																																														
TOTAL DES PAIEMENTS		12 0,00																																														
RETENUES																																																
SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION		0,00																																														
SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION		0,00																																														
SOLDE REPORTÉ		0,00																																														
TOTAL DES RETENUES		13 0,00																																														
MONTANT NET																																																
		0,00																																														
<div style="font-size: 2em; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);">SPÉCIMEN</div>																																																
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 :

Ne rien inscrire dans cette case.

7. Page :

Numéro de page.

8. Nom et adresse :

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

9. Paiements et retenues :

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

10. Nombre :

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

11. Montant :

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

12. Montant :

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

13. Montant :

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

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

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.

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
Case Postale 6600
Québec QC G1K 7T3

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

5.1 TARIFS DES SERVICES

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

Ces tarifs **incluent tous les services** fournis au patient en services externes ou à l'urgence.

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2016

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
T 01	Consultation externe standard – Comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux. Exclut les services faisant partie d'autres codes de service (voir la note n ^o 7)	335,00
+ 02	Chirurgie d'un jour – Comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare, l'endoscopie par capsule et le cathétérisme cardiaque (tant le côté technique de l'imagerie diagnostique que le volet soins infirmiers et soins intensifs de cette intervention - voir la note n ^o 8)	1 290,00
T 03	Hémodialyse	462,00
T 04	Tomographie avec ordinateur	732,00
T 05	Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui n'est inclus dans aucun autre code de service. Comprend la radiographie générale, la mammographie, les procédures de laboratoire en consultation externe et les prélèvements en laboratoire, sauf ceux qui font partie du code pour les procédures coûteuses de laboratoire en consultation externe (code de service 15 - voir la note n ^o 9)	168,00
T 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer.	1 412,00
T 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 234 \$ plus le coût réel des médicaments.	
T 08	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOC). La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.	1 304,00
S		
T 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste	698,00
T 12	Service de radiothérapie.	405,00
13	Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires : le prix indiqué sur la facture de l'implant spécial (facture requise), plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour. Voir la note n ^o 10.	
T 15	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire de plus de 168 \$ qui ne sont pas inclus dans un autre code de service. On doit utiliser le tarif prévu dans le barème des prestations pour la médecine de laboratoire de la province concernée. Lorsque le tarif ne figure pas au barème, on doit utiliser un tarif négocié entre les provinces (le dépistage génétique est exclu).	

+ Il est possible de facturer un service hospitalier codé 01 à 15 le jour même de l'admission du patient à l'hôpital ou de son congé dans les situations suivantes :

- Si le patient reçoit des services en consultation externe avant son admission;
- Si le patient reçoit des services en consultation externe après avoir obtenu son congé.

Il est possible de facturer un service de consultation externe lorsque le patient est hospitalisé dans un hôpital et reçoit des services en consultation externe d'un autre hôpital pour ensuite retourner à l'hôpital où il est hospitalisé : l'hôpital qui offre le service en consultation externe peut le facturer.

5.2 RÈGLES POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATION EXTERNE

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

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

- **Médecine nucléaire** – images diagnostiques et traitements utilisant des produits radiopharmaceutiques, incluant la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Sont exclues les scintigraphies en médecine nucléaire superposées sur des images provenant de modalités comme la tomographie par ordinateur (TO) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), p. ex. TEPU/TO, qui ont leurs propres codes de service.
 - **Radioscopie** – technique d'imagerie permettant d'obtenir en temps réel des images en mouvement d'un patient au moyen d'un fluoroscope, conçu pour capter le rayonnement ionisant externe sur un écran fluorescent.
 - **Échographie** – la production d'un enregistrement visuel des tissus organiques grâce à des ondes sonores à haute fréquence.
 - **Études angiographiques et interventionnelles** – l'utilisation de l'énergie de rayonnement dégagée par l'équipement à rayons X pendant les études angiographiques et interventionnelles. Ces techniques de radiographie utilisent des méthodes à effraction minimale et le guidage d'imagerie pour procéder à des études qui remplacent les interventions chirurgicales traditionnelles comme l'artériographie diagnostique, les interventions vasculaires rénales et périphériques, la visualisation biliaire, les interventions d'accès veineux et l'embolisation.
8. Un patient en chirurgie d'un jour est une personne inscrite au préalable afin de recevoir des services offerts par un centre fonctionnel qui dispose de l'équipement et du personnel nécessaires pour offrir des chirurgies d'un jour (p. ex. une salle d'opération, une salle d'endoscopie, un laboratoire de cathétérisme).
 9. Pour ce qui est des prélèvements en laboratoire, il s'agit d'un tarif moyen pour tous les prélèvements envoyés à un établissement pour un patient donné en vue de l'analyse en laboratoire en l'absence du patient en question.
La radiologie générale se rapporte à l'utilisation d'énergie de rayonnement dégagée par de l'équipement à rayons X à des fins de diagnostic général. La mammographie consiste à prendre une radiographie du tissu mammaire à des fins de dépistage ou de diagnostic.
- + 10. Stimulateurs cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)/implants cochléaires/endoprothèses/spirales endovasculaires :

+ Stimulateurs cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)

Il s'agit de dispositifs cardiaques, à l'exclusion des stimulateurs temporaires et des cœurs artificiels.

Codes CCI :

Approche transluminale percutanée [veineuse] ou approche SAI :

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

Approche percutanée (tunnel souscutané) :

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

Approche ouverte [thoracotomie] :

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

Approche ouverte sousxiphôidienne :

- 1.HZ.53.QA-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NL stimulateur 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 cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

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

Cette catégorie ne comprend pas le repositionnement d'un implant existant, précédemment posé (1.DM.54.^ ^).

Façon de facturer les services de laboratoire :

Scénarios	Coût = ou < 168 \$	Coût > 168 \$
Échantillons envoyés d'ailleurs	Code 05	Code 15
Patient qui se présente au laboratoire d'établissement avec une référence de l'extérieur de l'hôpital	Code 05	Code 15
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire le même jour	Code 01	Code 01 si le coût du service de laboratoire est de 335 \$ ou moins Code 15 si le coût du service de laboratoire est de plus de 335 \$ On ne peut facturer qu'à un seul code de service (voir règle n° 3)
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire un jour différent	Code 01 pour visite à l'urgence et code 05 pour laboratoire	Code 01 pour visite à l'urgence et code 15 pour laboratoire

6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

6.1 MANUEL

6.1.1 MANUEL SUR INTERNET

Le manuel destiné aux établissements de la santé est mis à jour régulièrement et disponible sur le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

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

6.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

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

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

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

6.2 FORMULAIRES

6.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

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

6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, l'établissement de la santé utilisant la demande de paiement (2597), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} 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 pour en connaître les modalités et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

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

6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

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

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

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

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