

Facturation pour services rendus en consultation externe mission CLSC		
<input checked="" type="checkbox"/> Politique N° POL-FIN-002	La direction des ressources financières est responsable de l'application	
Approuvée par le Comité de direction	Le 2015-05-19	Prochaine révision : 06-2016
Toutes les installations	Tout employé, médecin, personne qui exerce sa profession ou une fonction dans l'établissement ainsi que les résidents en médecine et les stagiaires	

Préambule

La loi sur les services de santé et les services sociaux assure l'universalité et la gratuité des services dispensés à la clientèle du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

La loi sur l'assurance maladie oblige la vérification de l'admissibilité aux services pour les services médicaux assurés. Seules les personnes détentrices d'une carte d'assurance maladie valide peuvent recevoir les services assurés.

Les règlements du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de la Régie de l'assurance maladie du Québec établissent les services médicaux non assurés, les tarifs de facturation pour les services lorsque prescrits à une personne non admissible.

Champ d'application

Cette politique s'adresse à toutes les personnes impliquées dans le processus de la facturation pour services rendus en consultation externe dans les CLSC.

Objectifs

La présente politique vise à définir les conditions d'accessibilité aux services de santé et services sociaux ainsi que les modalités de facturation pour les services rendus lorsqu'applicables. Elle vise aussi à spécifier les responsabilités du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal concernant l'exigibilité de la carte d'assurance maladie et à définir les modalités d'application de la facturation des services pour les usagers qui ne répondent pas aux critères d'éligibilité des services.

Définitions

Services assurés (non facturables à l'utilisateur assuré)

Les services, médicaments, appareils ou autres équipements suppléant à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication visés dans l'article 3 de la loi sur l'assurance maladie.

Services non assurés (facturables)

Aux fins de la loi sur l'assurance maladie, les services non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie ne sont pas considérés comme des services assurés.

Usager assuré (services couverts par la RAMQ)

- Une personne qui réside ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie et qui est détentrice d'une carte d'assurance maladie valide ;
- Un usager venant d'un autre pays et qui réside au Québec – un immigrant – sans carte d'assurance maladie du Québec mais qui est détenteur du document officiel du service d'admissibilité aux programmes de la RAMQ.

Usager non assuré (services facturés à l'utilisateur non assuré)

- Un usager non inscrit à la RAMQ ou non détenteur d'une carte d'assurance maladie valide ;
- Un usager assuré (inscrit à la RAMQ) qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie et dont on ne connaît pas le numéro ou la date d'expiration (non disponible au dossier) ;
- Un usager détenant une carte expirée ;
- Un résident d'une autre province qui ne peut faire la preuve de son admissibilité au régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de sa province ;
- Un usager non domicilié au Canada – un non résident (touriste, visiteurs, personne de passage) ;
- Un usager venant d'un autre pays et qui réside au Québec – un immigrant – sans carte d'assurance maladie du Québec et non détenteur du document officiel du service d'admissibilité aux programmes de la RAMQ ;

Délai de carence

Les personnes soumises à un délai de carence de trois mois avant d'être admissibles au régime d'assurance maladie du Québec doivent payer les services de santé qu'elles reçoivent durant cette période ou se procurer une assurance privée. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a toutefois instauré une mesure d'exception qui prévoit que les personnes soumises au délai de carence peuvent bénéficier des services assurés par le régime lors de situations particulières. Voir la section 3.1.3.

Partage des responsabilités

1. Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, à titre d'établissement public du réseau de la santé et des services sociaux, offre, selon ses divers programmes, des services gratuits à sa clientèle et ce, conformément à la loi sur les services de santé et des services sociaux et la loi sur l'assurance maladie ;

2. Tout usager assuré requérant un service doit présenter sa carte d'assurance maladie valide lors de l'ouverture de son dossier et lors de toute visite pour des services médicaux assurés ;
3. L'utilisateur non assuré ou l'utilisateur assuré qui ne peut produire une carte valide d'assurance maladie sera facturé selon les tarifs fixés par les règlements du MSSS.

3.1 Exceptions :

- 3.1.1 L'utilisateur assuré qui ne peut présenter sa carte d'assurance maladie mais dont la date d'expiration inscrite au dossier est postérieure à la date du service médical requis peut recevoir des services gratuits. Par contre, si cette information n'est pas disponible, la personne devra payer les frais des services requis et l'utilisateur pourra être remboursé sur présentation d'une carte valide dans les 60 jours suivant le service rendu. Il sera alors présumé qu'une carte d'assurance maladie non expirée était valide au moment où les services ont été rendus ;
- 3.1.2 L'utilisateur assuré qui présente une carte d'assurance maladie expirée ne peut recevoir des services gratuits et devra payer les frais des services rendus. Il pourra obtenir un remboursement du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal en présentant sa carte valide et son reçu dans les 60 jours suivant le service rendu. Il sera présumé qu'une carte d'assurance maladie non expirée était valide au moment où les services ont été rendus. Par contre, l'utilisateur pourra communiquer avec la RAMQ et celui-ci pourrait lui faire parvenir, par télécopieur, une attestation temporaire.
- 3.1.3 Certains usagers, même s'ils ne détiennent ou ne peuvent présenter de carte, recevront des services gratuits. Il s'agit des cas ou circonstances suivantes :
 - L'enfant est âgé de moins d'un an;
 - La personne est dans un état requérant des soins urgents, selon l'opinion médicale du médecin ou de l'infirmière ;
 - Une personne soumise au délai de carence lorsque les services sont rendus en regard d'une des situations suivantes :
 - Personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle ;
 - Personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse ;
 - Personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique. Cela inclut toute personne soumise à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions de même que toute personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients ;
 - En l'absence de carte d'assurance maladie, pour bénéficier de la gratuité des services, la personne présentant une des situations particulières décrites plus haut doit présenter une lettre de la Régie confirmant la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime ainsi que la période durant laquelle elle est soumise à un délai de carence ;
 - Cette lettre doit comporter le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne ET la date de début du délai de carence. Ces

renseignements figurent respectivement au-dessus de la section OBJET de la lettre et dans son paragraphe Délai de carence tel qu'illustré dans l'extrait de lettre type (annexe 1) ;

- À défaut de présenter cette lettre, la personne doit payer elle-même les honoraires pour les services professionnels reçus. Si l'un des services médicaux en lien avec une des situations particulières lui a été rendu, elle pourra être remboursée si elle présente subséquemment la lettre de la Régie confirmant qu'elle est soumise à un délai de carence. Une fois le remboursement effectué, le CIUSSS pourra réclamer à la Régie la rémunération prévue pour les services rendus ;
 - La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation ;
 - La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale ;
 - Un usager venant d'un autre pays et qui réside au Québec – un immigrant – sans carte d'assurance maladie du Québec mais qui est détenteur du document officiel du service d'admissibilité aux programmes de la RAMQ, confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie ;
 - Services rendus à un usager décédé (ex. : constatation de décès) ;
 - Certains services médico-administratifs pour le compte de la CSST et rendus alors que la présence de l'usager n'est pas requise ;
 - Examens visés à l'alinéa f) de l'article 22 du Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie :
 - Examen exigé en vertu de la loi sur la protection du malade mental ;
 - Examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels ;
 - Examen exigé en vertu de la loi sur le curateur public ;
 - Examen exigé en vertu de la loi sur le régime de rentes du Québec ;
 - Examen exigé en vertu de la loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale sauf le nouvel examen exigé par le ministère de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 35 de cette loi ;
 - Examen exigé en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse.
4. Tout usager hospitalisé ou externe ne résidant pas au Canada se voit facturer une surcharge de 200 % sur le prix de journée et sur les tarifs des services rendus en consultation externe. La surcharge inclut, entre autres, les coûts de la composante immobilière non comprise dans le prix de journée ou dans les tarifs des services rendus en consultation externe (03.01.42.07).

La surcharge s'applique à un non-Canadien, à un citoyen canadien qui a perdu la qualité de résident du Québec ainsi qu'à un citoyen canadien résident d'une autre province ou territoire canadien qui ne peut démontrer qu'il est assuré par le régime d'assurance hospitalisation de sa province ou territoire de résidence.

4.1 La surcharge ne s'applique pas dans les cas suivants :

4.1.1 Personnel diplomatique et consulaire :

Les ressortissants étrangers et les membres de leur famille vivant sous leur toit, en poste au Québec dans une mission diplomatique, un poste consulaire, une délégation permanente ou une organisation internationale sont exemptés de la surcharge. Ils doivent présenter une carte d'identité

émise à leur nom par le ministère des Affaires étrangères du Canada. Ils ne déboursent que le tarif de base (prix de journée ou tarifs pour services externes). Ces personnes n'ont aucun frais à déboursier si elles participent au programme de ressortissants étrangers à prime, en vertu duquel elles détiennent une carte d'assurance maladie de la RAMQ.

4.1.2 Demandeur du statut de réfugié :

Les services dispensés aux revendicateurs du statut de réfugié sont facturés au gouvernement fédéral (via la Croix Bleue – Médavie pour le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)) selon le tarif de base lorsqu'ils prouvent leur admissibilité au PFSI en déposant le formulaire d'avis de revendication du statut de réfugié et que la période d'admissibilité n'est pas expirée. Ces personnes font donc l'objet d'une exemption à la surcharge. Les personnes revendicatrices du statut de réfugié qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité au PFSI doivent être facturées comme résidents étrangers. Lorsque le PFSI ne rembourse pas le tarif de base provincial mais rembourse les tarifs standardisés du programme, la différence de tarif ne doit pas être facturée au patient.

4.2 Il n'y a ni surcharge, ni frais dans les cas suivants :

4.2.1 Entente de réciprocité

Certains ressortissants étrangers sont admissibles en vertu des ententes de réciprocité en matière de sécurité sociale entre le Québec et certains pays. Par ces ententes, ils ont droit gratuitement aux services dispensés par le réseau de la santé et des services sociaux. Ils détiennent une carte d'assurance maladie ou sont en attente de la recevoir (circulaire 01.01.10.01).

Ces ententes ont pour effet d'étendre à certains ressortissants de ces pays les bénéfices de certaines lois québécoises à caractère social, permettant ainsi aux Québécois de profiter des mêmes avantages dans ces pays.

Ces mêmes ententes concernent particulièrement certains travailleurs qui viennent au Québec y occuper un emploi, les étudiants inscrits à temps plein dans une institution d'enseignement collégial ou universitaire reconnue (pour la Suède, cela concerne tous les niveaux d'enseignement), ainsi que les participants aux échanges de coopération entre la France et le Québec. Les personnes à charge qui accompagnent les personnes admissibles sont également visées par ces ententes de réciprocité. Dès leur arrivée au Québec, ces personnes doivent s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en présentant les documents requis afin d'obtenir leur carte d'assurance maladie.

Les personnes admissibles en vertu de ces ententes deviennent assurées et ont droit, sans frais directs pour eux ou leurs dépendants, aux services fournis en vertu des législations québécoises suivantes : loi sur les services de santé et les services sociaux, loi sur l'assurance hospitalisation et loi sur l'assurance maladie.

Les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ont droit à toutes les prestations prévues par la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, administrée par la Commission de la Santé et de la Sécurité au travail (CSST), y compris les

services de santé. Des ententes de réciprocité, spécifiques aux accidents du travail, existent également avec l'Italie et la Grèce.

Il peut arriver qu'une personne se présente dans un établissement et se déclare visée par l'une ou l'autre de ces ententes, sans toutefois avoir sa carte d'assurance maladie. En ce cas, la personne ou l'établissement doit communiquer avec la RAMQ.

En dehors des heures ouvrables, le médecin peut demander à la personne d'être payé pour les services médicaux rendus en lui suggérant de demander un remboursement auprès de la Régie. Un médecin traitant peut suspendre la demande de paiement jusqu'à ce que la personne régularise son dossier avec la RAMQ. Cependant, il doit s'assurer d'obtenir de la personne les informations qui lui permettront d'être payé s'il s'avérait, après vérification, qu'elle n'est pas admissible au régime d'assurance maladie.

4.2.2 Enfants nés d'un parent qui « séjourne au Québec »

Un enfant né au Québec ou hors Québec devient une personne qui séjourne au Québec dès sa naissance, si le parent (mère ou père) avec lequel il demeure est une personne qui séjourne au Québec au sens de la loi sur l'assurance maladie.

Les personnes admissibles « qui séjournent au Québec » détiennent une carte d'assurance maladie ou sont en attente de la recevoir.

L'expression « qui séjourne au Québec » est définie à l'article 4.6 du Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c.a.-29, r.0.01).

L'admissibilité de ces enfants se maintient durant toute la période pendant laquelle ce parent est une personne qui séjourne au Québec. Aucune facturation (prix de journée ou tarifs pour services externes) n'est effectuée à leur égard.

5. Basé sur l'entente type entre le MSSS et la CSST, sont payables par la CSST les soins et les traitements dispensés par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et prescrits par le médecin qui a charge du travailleur ainsi que ceux fournis par une personne qualifiée œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et agissant sous la responsabilité du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. L'établissement doit présenter sa réclamation à la CSST au plus tard dans 180 jours suivant la dispensation des soins ou des traitements, sauf les cas où surviendraient un renversement d'une décision de refus de réclamation ou l'acceptation d'une réclamation hors délai (03.01.42.06).

Le montant payable par la CSST à l'établissement ainsi que les conditions d'admissibilité sont indiqués dans la circulaire 03.01.42.06.

6. En vertu des ententes interprovinciales en assurance santé dont l'administration pour le Québec est confiée à la RAMQ (03.01.42.11), celle-ci rembourse à l'établissement les coûts des services externes rendus à des personnes assurées des autres provinces ou des territoires, selon les tarifs interprovinciaux (03.01.42.17) :

- 6.1 Cet accord vise tous les résidents canadiens d'une autre province ou d'un autre territoire qui reçoivent des services externes dans un établissement de santé du Québec et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie ;

- 6.2 La carte santé de la province ou du territoire de résidence de la personne constitue cette preuve. Nous devons nous assurer que la carte santé présentée n'est pas expirée, si une date d'expiration y paraît ;
 - 6.3 Les personnes non domiciliées au Canada et les résidents canadiens d'une autre province ou territoire 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 ;
 - 6.4 Les services couverts en vertu de l'accord et les tarifs interprovinciaux des services externes sont détaillés à la Circulaire 03.01.42.17 de la procédure de tarification et facturation des services non assurés ;
 - 6.5 Les services exclus de l'accord sont listés à l'Annexe 2 ainsi qu'à la Circulaire 03.01.42.11 ;
 - 6.6 Les tarifs incluent les honoraires professionnels reliés à l'interprétation des examens ;
 - 6.7 La demande de paiement doit être effectuée au plus tard 10 mois après la date des services rendus. À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de réclamer les coûts des services auprès de la RAMQ ni à l'utilisateur ni de recourir à une agence de recouvrement. Il est recommandé de faire parvenir ses demandes de paiement à la Régie une fois par mois.
7. Les tarifs sont exemptés de taxes et sont déterminés par le MSSS sur la base des dépenses déclarées par les CISSS ou CIUSSS à leurs états financiers. Ils incluent les dépenses reliées aux activités opérationnelles (le coût direct) et aux activités de soutien (les coûts indirects). Certains ajustements sont effectués afin de tenir compte de dépenses non assumées par les établissements (par exemple, le coût des agences de la santé et des services sociaux).

Enfin, les tarifs excluent la composante médicament déclarée au centre d'activités 6800 « Pharmacie ». Les médicaments doivent être facturés à leur coût réel.
8. Frais exigibles pour la confection d'un résumé de dossier (circulaire 03.01.42.13) :
 - 8.1. En vertu de l'article 24 de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ S-4.2), toute personne a droit d'obtenir d'un établissement où elle a reçu des services qu'il fasse parvenir à un autre établissement ou à un médecin ou dentiste qu'elle désigne, une copie, un extrait ou un résumé de son dossier médical ;
 - 8.2. En vertu de l'article 95 de la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (LRQ A-2.1), l'accès d'une personne à un renseignement nominatif la concernant est gratuit, toutefois, des frais n'excédant pas le coût de la transcription, de la reproduction et de la transmission du renseignement peuvent être exigés du requérant ;
 - 8.3. Le montant et les modalités de paiement de ces frais sont prescrits en vertu du règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements nominatifs (A-2.1, r.1.1) ;
 - 8.4. Lorsque la demande est présentée par le dentiste ou le médecin traitant, ou dans le but de procéder au diagnostic ou au traitement du patient, le service est gratuit. Cependant, lorsque la demande est présentée par une autre personne que le dentiste ou le médecin traitant, ou pour un autre but que de procéder au

diagnostic ou au traitement du patient, des frais doivent être réclamés ;

- 8.5. Les photocopies sont cependant régies par le règlement. Par contre, les frais d'expédition ne sont pas inclus ;
 - 8.6. Une personne à qui le droit d'accès à un document ou à un renseignement nominatif est reconnu, est exemptée du paiement des frais de transcription, de reproduction et de transmission de celui-ci ;
 - 8.7. Les modalités de paiement des frais exigibles ainsi que les mécanismes d'indexation annuels des coûts sont prévues à la Circulaire 03.01.42.13 ;
 - 8.8. La loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels oblige à informer le requérant du montant approximatif qui lui sera chargé avant de procéder à la transcription, la reproduction ou la transmission d'un document.
9. Certains services sont non assurés par la RAMQ. La loi sur l'assurance maladie du Québec n'assure pas certains services tels les examens non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie (exemple : examens pour fins d'émission d'une police d'assurance, d'un permis de conduire, pour obtenir un emploi, pour fins de passeport, de visa, etc.). En conséquence, l'usager doit être facturé pour l'obtention de tels services. Les tarifs doivent être connus et affichés dans chacun des sites où ils sont dispensés.
 10. Le règlement des services facturés aux usagers doit se faire de l'une ou l'autre des manières suivantes :
 - * En argent comptant, ou
 - * Par carte de débit.
 11. Un montant de frais administratifs de 15 % est retenu des remboursements périodiques aux médecins ayant réclamé des frais pour services non assurés et des honoraires pour services rendus à une clientèle non admissible.
 12. Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal fera un effort raisonnable pour percevoir les sommes dues par les usagers. Les remboursements aux médecins ne seront effectués que si les sommes sont recouvrées.
 13. Il est possible pour le médecin de réclamer directement au patient les frais de service.

La direction prestataire des services médico-ambulatoire est responsable de la collecte de l'information, de faire remplir les formulaires requis aux fins de la facturation ainsi que de la mise en place et de la supervision des mécanismes de suivi visant l'application de cette procédure auprès du personnel et des médecins.

La direction des ressources financières a la responsabilité de transmettre à la direction prestataire des services médico-ambulatoire, la mise à jour et la diffusion de la tarification selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux et de réviser les annexes de la procédure sur la tarification des services rendus et facturation des services non assurés.

La direction prestataire des services médico-ambulatoire, est responsable d'aviser son personnel des modifications à la présente politique.

Extrait de la lettre type confirmant la date de début du délai de carence

Le _____

Numéro d'assurance maladie

Objet : Demande d'inscription au régime d'assurance maladie du Québec

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande d'inscription, nous avons le plaisir de vous confirmer que **vous êtes admissible** au régime, à titre de personne qui réside au Québec, à compter du _____ .

Vous recevrez une carte d'assurance maladie valide à compter de la date mentionnée plus haut. Si vous changez d'adresse d'ici là, veuillez nous en aviser.

Comme vous le savez déjà, vous êtes soumis à un délai de carence, applicable à compter du _____ .

Pendant ce délai, vous devez payer pour les soins médicaux que vous recevez ou les médicaments que vous achetez. Ces montants **n'étant pas remboursables par la Régie**, nous vous conseillons vivement de prendre une assurance privée.

Jusqu'à la réception de votre carte, **il est important de conserver la présente lettre**, car, dans quelques situations bien précises où elle vous est demandée, vous pouvez, grâce à elle, bénéficier de la gratuité de certains services.

**SERVICES EXCLUS DES ENTENTES DE
FACTURATION RÉCIPROQUE**

1. Chirurgie destinée à améliorer l'aspect du corps (chirurgie esthétique) ;
2. Chirurgie de changement de sexe ;
3. Vasovasostomie ou reperméabilisation tubaire ;
4. Avortements thérapeutiques ;
5. Examens médicaux périodiques courants, y compris les examens de la vue ;
6. Fécondation in vitro, insémination artificielle ;
7. Lithotripsie des calculs de la vésicule biliaire ;
8. Traitement de taches de vin sur d'autres parties du corps que le visage ou le cou, peu importe la modalité de traitement ;
9. Acupuncture, acupression, neurostimulation transcutanée (TENS), moxibustion, rétroaction biologique, hypnothérapie ;
10. Services aux personnes assurées **par d'autres organismes** :
 - * *GRC* ;
 - * *Forces armées* ;
 - * *Commissions des accidents du travail* ;
 - * *Ministère des Anciens combattants* ;
 - * *Service correctionnel du Canada (pénitenciers fédéraux)* ;
11. Services demandés par un tiers ;
12. Consultations en équipe ;
13. Dépistage génétique et autres techniques d'analyse générique, y compris les sondes d'ADN ;
14. Intervention encore au stade expérimental ou en cours d'élaboration ;
15. Services d'anesthésie et services d'une aide-infirmière en chirurgie pour toutes les interventions ci-dessus.