



À l'intention des directeurs généraux et des directeurs des finances
des établissements hospitaliers autorisés à facturer des services hospitaliers
rendus à des résidents des autres provinces et des territoires

24 mars 2017

Ententes interprovinciales en assurance santé

Modification des tarifs

La tarification de la facturation interprovinciale des services hospitaliers fournis à un résident d'une autre province ou territoire du Canada a été modifiée. Les nouveaux tarifs des services suivants entrent **en vigueur le 1^{er} avril 2017** :

- Tarifs des services hospitaliers internes (*per diem*);
- Tarif journalier (*per diem*) à l'unité de soins intensifs;
- Tarif journalier pour le nouveau-né bien portant;
- Tarifs des transplantations très coûteuses;
- Tarifs des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches;
- Tarifs pour les dispositifs et les implants spéciaux;
- Tarifs des services hospitaliers externes.

1 Tarifs de services hospitaliers internes

1.1 Tarifs journaliers des services hospitaliers internes

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par la voie de votre centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou de votre centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), vous a communiqué le ou les nouveaux tarifs journaliers alloués à votre établissement pour la facturation des services hospitaliers internes rendus à des résidents des autres provinces ou territoires du Canada.

Le tarif journalier des services à un nouveau-né bien portant est de **787 \$** à compter du 1^{er} avril 2017. Le nouveau-né bien portant est défini comme le nouveau-né qui reçoit des soins en fonction de la série des codes de diagnostic Z38*** uniquement.

Le tarif journalier en salle commune ou aux soins intensifs peut être facturé dans le cas d'un nouveau-né malade et le tarif pour un nouveau-né bien portant ne peut être facturé en sus.

1.2 Tarifs des transplantations très coûteuses (codes de la série 100)

La [partie I](#) de l'infolettre présente la *Tarification des transplantations très coûteuses*, applicable à partir du 1^{er} avril 2017.

1.3 Tarifs des services de greffes de moelle osseuse et de cellules souches (codes de la série 600)

La [partie II](#) présente la *Grille tarifaire des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches*, applicable à partir du 1^{er} avril 2017.

1.4 Facturation des dispositifs et implants spéciaux (codes de la série 300)

La [partie III](#) présente la *Grille tarifaire des dispositifs et implants spéciaux*, applicable à partir du 1^{er} avril 2017.

2 Tarifs des services hospitaliers externes

La [partie IV](#) présente la *Tarification des services externes* applicables à partir du 1^{er} avril 2017. Des précisions de facturation ont été ajoutées pour clarifier la facturation de certains services.

3 Documents de référence

- [Partie I](#) Tarifs pour la facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses, au 1^{er} avril 2017
- [Partie II](#) Tarifs pour la facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches, au 1^{er} avril 2017
- [Partie III](#) Tarifs pour la facturation interprovinciale des dispositifs et des implants spéciaux, au 1^{er} avril 2017
- [Partie IV](#) Tarifs pour la facturation interprovinciale des services de consultation externe, au 1^{er} avril 2017

Tarifs pour la facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses

En vigueur pour les congés obtenus à partir du 1^{er} avril 2017

Code de service	Description	Tarif (\$)
100	Acquisition d'organe hors Canada	Lorsqu'un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe (codes 101 à 104) peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour l'acquisition de l'organe à l'extérieur du pays, moins 25 079 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.
		Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas soustraire la somme de 25 079 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.
		La facturation relative à l'approvisionnement d'un organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
101	Cœur	133 132,00
102	Cœur et poumons	188 035,00
103	Poumons	215 018,00
104	Foie	136 399,00
106	Rein	37 088,00
108	Rein et pancréas	45 693,00

Veillez vous référer aux règles d'application pour la facturation des services de transplantation.

Règles d'application pour la facturation des services de transplantation

1. Chaque 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. La province ou le territoire qui fournit les soins peut facturer le coût d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
7. Quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe (pour les codes 101 à 104), peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 25 079 \$ 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 25 079 \$ 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 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.
11. Une province ou un territoire (PT) peut facturer la PT du receveur en utilisant le numéro de carte santé de celui-ci pour les frais liés aux différents tests effectués sur le donneur ou encore pour préparer la greffe. Ces frais peuvent être facturés même si les tests s'avèrent négatifs pour la greffe.
12. Les transplantations énumérées sur cette grille tarifaire représentent les transplantations très coûteuses pour lesquelles un tarif distinct a été approuvé. Pour celles qui ne sont pas énumérées dans cette liste, seul le tarif quotidien peut être facturé.

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

En vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2017 ou après cette date.

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) comprennent anticorps monoclonal	---	Coût facturé	Coût facturé
601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	28 952,00	---
602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	34 741,00	---
603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	65 145,00	2 413,00
604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	86 860,00	4 341,00
605	Greffe allogénique – chez l'adulte, excluant le donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	149 914,00	2 577,00
606	Greffe allogénique – chez l'enfant	25 jours	185 624,00	4 666,00
607	Greffe allogénique – chez l'adulte avec DCNA	25 jours	180 960,00	2 577,00

Veuillez vous référer aux règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches.

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 (SM), le séjour en milieu hospitalier comprend la date de l'admission, mais pas la date de la sortie.
4. Le tarif quotidien majoré et normalisé peut être appliqué pour les journées d'hospitalisation qui dépassent le SM 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 effectivement 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 dispensé 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 ré-hospitalisée 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 ce qui concerne les coûts d'acquisition désignés au paragraphe 5. b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de la moelle osseuse et des 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.

Tarifs pour la facturation interprovinciale des dispositifs et des implants spéciaux

En vigueur pour les interventions effectuées à partir du 1^{er} avril 2017

Pour les dispositifs et les implants spéciaux énumérés dans le code de service 300 :

Lorsque le coût facturé d'un implant ou d'un dispositif est de **moins de 2 000 \$**, seul le tarif journalier est facturable.

Lorsque le coût facturé d'un implant ou d'un dispositif est de **2 000 \$ et plus**, le coût facturé peut être facturé en plus du tarif d'hospitalisation journalier connexe pour l'hôpital et une copie de la facture doit être fournie à la province ou au territoire d'origine.

Code de service	Description	Codes CCI
310	Implants cochléaires	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (tout type) ICD	<p>Approche transluminale percutanée (veineuse) ou approche SAI</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Approche percutanée (tunnel sous-cutané)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur <p>Approche ouverte (thoracotomie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

Code de service	Description	Codes CCI
		<ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.LA-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque - 1.HZ.53.LA-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque <p>Approche ouverte sous-xiphoidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.OA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.OA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.OA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe <p>Approche combinée, ouverte (thoracotomie) et transluminale percutanée (veineuse)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Valves aortiques (aussi connu sous l'appellation ITVA)</p> <p>Implantation d'une valve aortique xélogreffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter.</p>	<p>Codes CCI</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HV.90.GP-XX-L Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xélogreffe 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 xélogreffe 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 xélogreffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche ouverte avec technique à cœur fermé [transventriculaire] <p>Remarque : Le personnel des classifications et terminologies de l'ICIS a avisé Santé Canada que le CCEIAS a approuvé pour les codes de la CCI, le code du service 312 : valve aortique; ce code est le mieux adapté afin de décrire cette intervention et de confirmer une concordance de catégorie 1 (meilleur ajustement). La classification de la CCI est conçue pour catégoriser les interventions pour fins d'analyse et il n'est pas toujours possible de définir une intervention de manière unique.</p>

Code de service	Description	Codes CCI
313	<p>Dispositifs d'assistance ventriculaire (DVA)</p> <p>Les DVA comprennent la pompe mécanique (sous toutes formes : externe, implantée ou paracorporel), 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, adaptateur CC pour l'auto, le moniteur pour communiquer les renseignements sur les fonctions du DVA et pour permettre de modifier les réglages du contrôleur DVA, et l'équipement nécessaire notamment les canules et les circuits propres au dispositif, le Doppler pour la circulation sanguine, la trousse étanche.</p>	<p>- 1.HP.53.GP-QP Implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche transluminale percutanée [p. ex. Impella]</p> <p>- 1.HP.53.LA-QP Implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche ouverte [p. ex. HeartMate, Novacor]</p> <p>Les codes attribués comprennent les interventions suivantes, dans la CCI :</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance biventriculaire [DVABi]</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire gauche [DVAG]</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire droite [DVAR]</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire [DVA]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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] <p>Les codes attribués n'incluent pas l'ajustement, le repositionnement ou le retrait d'un DVA</p>
314	Aorte abdominale : greffons tissés, endoprothèses	<p>1.KA.57.LA-GX-A Extraction, aorte abdominale, approche ouverte avec autogreffe, utilisation d'un dispositif NCA. Autres codes CCI : 1.KA.80.GQ-NR-N, 1.KA.80.LA-XX-N, 1.KA.76.MZ-XX-N. Greffon tissé, endoprothèse iliaque « Spiral-Z », endoprothèse Reliant.</p>
315	Crâne : vis, fils, mailles et plaques pour libération/réparation	<p>- 1.EA.72.LA-NW Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille)</u> sans utilisation de tissu (pour la libération)</p> <p>- 1.EA.72.LA-NW-A Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille)</u> avec autogreffe</p> <p>- 1.EA.72.LA-NW-Q Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille)</u> avec source combinée de tissus [p. ex. greffe et lambeau]</p> <p>- 1.EA.72.LA-NW-G Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille)</u> avec lambeau pédiculé [volet péricrânien]</p> <p>- 1.EA.72.LA-KD Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de fil ou de maille uniquement</u> sans utilisation de tissu (pour la libération)</p> <p>- 1.EA.72.LA-KD-A Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de fil ou de maille uniquement</u> avec autogreffe</p> <p>- 1.EA.72.LA-KD-Q Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de fil ou de maille uniquement</u> avec source combinée de tissus [p. ex. greffe et lambeau]</p> <p>- 1.EA.72.LA-KD-G Libération, crâne; approche ouverte, <u>utilisation de fil ou de maille uniquement</u> avec lambeau pédiculé [volet péricrânien]</p>

Code de service	Description	Codes CCI
316	Thalamus et noyaux gris centraux : implantation d'électrodes, approche par trou de trépan : CMG 005 et 689	-1.AE.53.SE-JA
317	Prothèse du genou pour une reprise ou un remplacement bilatéral ou unilatéral	<p><u>Un composant</u> : 1.VG.53.LA-PM-N, 1.VG.53.LA-PM, 1.VG.53.LA-PM-A, 1.VG.53.LA-PM-K, 1.VG.53.LA-PM-Q <u>Deux composants</u> : 1.VG.53.LA-PN-N, 1.VG.53.LA-PN, 1.VG.53.LA-PN-A, 1.VG.53.LA-PN-K, 1.VG.53.LA-PN-Q <u>Trois composants</u> : 1.VG.53.LA-PP-N, 1.VG.53.LA-PP, 1.VG.53.LA-PP-A, 1.VG.53.LA-PP-K, 1.VG.53.LA-PP-Q</p> <p>Un remplacement du genou « bilatéral » serait seulement identifié si on utilise le code pertinent AVEC la valeur ATTRIBUT DE LIEU.</p> <p>B = Bilatéral – mais SEULEMENT si les deux codes de remplacement du genou étaient IDENTIQUES. Un remplacement du genou droit et du genou gauche réalisé au cours du même épisode opératoire, à l'aide de deux techniques différentes et/ou un certain nombre de composants serait considéré comme DEUX codes (D ou G). Un remplacement du genou « unilatéral » serait identifié à l'aide des codes pertinents uniques et la valeur ATTRIBUT DE LIEU G = gauche; D = droit; U = unilatéral ou non précisé.</p> <p>Dans les deux cas, l'ATTRIBUT DE SITUATION R = Reprise indiquerait le retrait/remplacement d'une prothèse de genou existante.</p>
318	Tiges, greffes et vis pour fixation/fusion des vertèbres	<ul style="list-style-type: none"> - 1.SA.74.^ ^ Fixation, atlas et axis (tous les codes) - 1.SA.75.^ ^ Fusion, atlas et axis (tous les codes) - 1.SC.74.^ ^ Fixation, vertèbres - 1.SC.75.^ ^ Fusion, vertèbres, SAUF les codes ayant le qualificateur de dispositif XX, qui signifie « aucun dispositif utilisé ».
319	Prothèse de la hanche pour un remplacement unilatéral (à l'exclusion des remplacements bilatéraux et des reprises)	<p>1.VA.53.^ ^ à l'exception de 1.VA.53.LA-SL-N, qui désigne l'implantation d'un spacer en ciment seulement.</p> <p>Toutes les catégories (rubriques) de codes CCI .VA.53.^ ^ à l'exception de 1.VA.53.LA-SL-N, qui désigne l'implantation d'un spacer en ciment seulement (c.-à-d. pas le code 1.VA.53.LA-PN seul). Exclut l'attribut de lieu B = bilatéral OU deux codes au cours du même épisode opératoire G = gauche ET D = droit, ou l'attribut de situation R = Reprise</p>

Code de service	Description	Codes CCI
320	Prothèse de l'épaule pour une reprise ou un remplacement	<p>1.TA.53.LA-PM, 1.TA.53.LA-PM-A, 1.TA.53.LA-PM-K, 1.TA.53.LA-PM-N, 1.TA.53.LA-PM-Q, 1.TA.53.LA-PN, 1.TA.53.LA-PNA, 1.TA.53.LA-PN-K, 1.TA.53.LA-PN-N, 1.TA.53.LA-PN-Q, 1.TA.53.LA-PQ, 1.TA.53.LA-PQ-A, 1.TA.53.LA-PQ-K, 1.TA.53.LA-PQ-N, 1.TA.53.LA-PQ-Q, 1.TA.53.LA-SL-N</p> <p>Dans chaque cas, le code 1.TA.53. ^ ^ DOIT avoir un ATTRIBUT DE SITUATION R = Reprise. Autrement, l'implant est « primaire » ou « nouveau/première situation ».</p>
321	<p>Implantation d'endoprothèse</p> <p>L'implantation d'endoprothèse utilise l'approche transluminale percutanée et une endoprothèse (endovasculaire) avec greffon synthétique. Les codes CCI associés à l'EVAR sont exclus de ce groupe d'interventions.</p>	<p>1.IA.80.GQ-NR-N, 1.IB.80.GQ-NR-N, 1.IC.80.GQ-NR-N, 1.IM.80.GQ-NR-N, 1.JE.80.GQ-NR-N, 1.JK.80.GQ-NR-N, 1.KE.80.GQ-NR-N, 1.KG.56.GQ-NR-N, 1.KG.80.GQ-NR-N, 1.KT.80-GQ-NR-N</p>
322	<p>Implantation d'une endoprothèse extensible pour réparation endovasculaire d'un anévrisme (EVAR)</p> <p>La réparation endovasculaire d'un anévrisme aortique (EVAR) est un type de chirurgie endovasculaire utilisé pour traiter un anévrisme de l'aorte abdominale. La procédure suppose la mise en place d'une endoprothèse extensible dans l'aorte pour traiter la condition aortique sans intervention chirurgicale ouverte ni ablation d'une partie de l'aorte.</p>	<p>1.KA.80.GQ-NR-N, 1.KA.80.LA-XX-N, 1.KA.76.MZ-XX-N, 1.KA.50.GQ-OA</p>

Code de service	Description	Codes CCI
323	<p data-bbox="386 239 802 302">Implantation transcathéter de valve pulmonaire</p> <p data-bbox="386 344 802 806">Le traitement des valvulopathies est une procédure qui consiste à transporter une valve cardiaque artificielle par cathéter à l'intérieur du système cardiovasculaire. Le cathéter est inséré dans la veine fémorale du patient grâce à une petite incision. Le cathéter sur lequel est fixée la valve est inséré dans la veine et guidé jusqu'au cœur du patient. Une fois la valve bien en place, les ballonnets sont gonflés et la valve se dilate pour permettre au sang de circuler entre le ventricule droit et les poumons du patient.</p>	1.HT.90.GP-XX-L

Tarifs pour la facturation interprovinciale des services hospitaliers externes au 1^{er} avril 2017

Code de service	Description	Tarif (\$)
01	Consultation externe standard – comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux. À l'exclusion des services faisant partie d'autres codes de service (voir la note n° 7).	346,00
02	Chirurgie d'un jour – comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare, la vidéocapsule 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° 8).	1 334,00
03	Hémodialyse	478,00
04	Tomographie avec ordinateur	757,00
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 les notes n°s 9 et 11).	173,00
06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer.	1 460,00
07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance.	242 \$ plus le prix réel des médicaments
08	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO). La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.	1 348,00
11	Imagerie par résonance magnétique par jour, comprenant les services du radiologiste	722,00
12	Service de radiothérapie	419,00
13	Stimulateurs cardiaques et/ou défibrillateurs (de tous types) / implants cochléaires / interventions coronariennes percutanées avec pose d'endoprothèse / spirale endovasculaire (voir la note n° 10) : l'implant spécial (facture requise), plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour. Pour facturer le code 13, le coût du ou des dispositifs doit être d'au moins 1 000 \$.	le prix indiqué sur la facture de l'implant spécial (facture requise), plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour
15	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire de plus de 173 \$ qui ne sont pas inclus sous 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) (voir la note n° 11).	

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, 02 à 12 et 15) sont fournis le même jour dans le même hôpital (peu importe si le patient a eu son congé et a été admis de 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) et 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 organe interne 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 rayon 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 et/ou défibrillateurs (de tous types) / implants cochléaires / endoprothèses / spirales endovasculaires :

Stimulateurs cardiaques et/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 sous-cutané) :

- 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 sous-xiphoidienne :

- 1.HZ.53.OA-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.OA-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.OA-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

CCI codes :

- 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. ^ ^).

ICP (interventions coronariennes percutanées) avec pose d'endoprothèse (y compris les endoprothèses d'éluion de médicament)

Codes CCI :

- 1.IJ.50.GQ-NR Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) seulement
- 1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GQ-OB Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GQ-OE Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OB Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OE Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie [p.ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OB Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie [p.ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser], utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OE Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie [p.ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser], utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)

Endoprothèses implantées

L'implantation d'une endoprothèse utilise une approche transluminale percutanée et une endoprothèse (endovasculaire) avec greffon synthétique. Les codes CCI associés à la réparation endovasculaire d'un anévrisme (EVAR) sont exclus de ce groupe de procédés.

Codes CCI :

- 1IA80GQNRN, 1IB80GQNRN, 1IC80GQNRN, 1IM80GQNRN, 1JE80GQNRN,
- 1JK80GQNRN, 1KE80GQNRN, 1KG56GQNRN, 1KG80GQNRN, 1KT80GQNRN

Spirales endovasculaires

Le déploiement de spirales endovasculaires, ou l'embolisation endovasculaire, est un traitement chirurgical des anévrismes cérébraux. Il a pour but de prévenir la rupture des anévrismes non rompus et le resaignement attribuable à une rupture d'anévrisme. Le traitement fait appel à des spirales de platine détachables qui sont insérés dans l'anévrisme à l'aide d'un microcathéter.

Codes CCI :

- 1JW51GPGE Occlusion, vaisseaux intracrâniens, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales [détachables]

11. Façon de facturer les services de laboratoire

Scénarios	Coût = ou < 173 \$	Coût > 173 \$
Échantillons envoyés d'ailleurs	Code 05	Code 15
Patient qui se présente au laboratoire de l'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 est de 346 \$ ou moins Code 15 si le coût du service est de plus de 346 \$ <ul style="list-style-type: none">▪ Un seul code de service peut être facturé (voir la règle n° 3)
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire un jour différent	Code 01 (Visite à l'urgence) plus code 05 (laboratoire)	Code 01 (Visite à l'urgence) plus code 15 (laboratoire)