

- > Directeurs généraux et directeurs des finances des établissements hospitaliers autorisés
à facturer des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et des territoires

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 d'un autre territoire du Canada a été modifiée. Les nouveaux tarifs entrent **en vigueur le 1^{er} avril 2024**.

Nous serons prêts à recevoir votre facturation à compter de cette date.

Les tarifs modifiés sont les suivants :

- tarifs des services hospitaliers internes (*per diem*);
- tarifs journaliers (*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 des dispositifs et des implants spéciaux;
- tarifs des services hospitaliers externes.

L'information relative aux nouveaux tarifs des services est accessible dans la page [Manuel – Ententes interprovinciales en assurance santé](#), sous l'onglet *Manuel* de la section *Établissements du réseau de la santé* de notre [site Web](#).

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 informé du ou des 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 **1 147 \$** à compter du **1^{er} avril 2024**. Le nouveau-né bien portant est défini comme le nouveau-né qui reçoit des soins liés à la série de 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.

2 Tarifs des services de consultation externe au 1^{er} avril 2024

Les tarifs de certains codes utilisés par le Québec incluent certains honoraires professionnels.

TARIFS EXTERNES

Description ¹	Code	Tarif (\$)
Consultation externe standard	51	440
Hémodialyse	53	591
Tomodensitométrie	54	768
Laboratoire et imagerie	55	173
Chimiothérapie	56	(*)
Thérapie à la cyclosporine	57	(*)
Lithotripsie extracorporelle	58	1 841
IRM	61	696
Radiothérapie	62	683
Implants	63	(*)
Procédés coûteux de laboratoire	65	(*)
Chimiothérapie coûteuse (**)	66	(*)
TEP-TDM	67	1 666
Chirurgie d'un jour – Faible	68	1 335
Chirurgie d'un jour – Moyen	69	4 860
Chirurgie d'un jour – Élevé	70	14 945
Rayon X avec cathétérisme cardiaque	71	1 962

(*) Vous référer à l'entente.

(**) Depuis le 1^{er} avril 2022, pour pouvoir facturer le code 66 de chimiothérapie, une approbation préalable de la province de résidence doit être obtenue pour les médicaments de plus de **5 000 \$**.

Veuillez consulter le manuel des [Ententes interprovinciales en assurance santé](#) pour tous les détails et exemples.

¹ Voir les descriptions complètes dans le document [Tarifs pour la facturation réciproque interprovinciale/territoriale des services de consultation externe](#)

3 Tarifs des dispositifs et des implants spéciaux au 1^{er} avril 2024

Les tarifs et les exemples de facturation des dispositifs et des implants spéciaux sont décrits dans le document [Tarifs pour la facturation interprovinciale des dispositifs et des implants spéciaux ainsi que des coûts ajoutés aux patients hospitalisés](#)

4 Tarifs de transplantations très coûteuses au 1^{er} avril 2024

	Description	Tarif (\$)
99	Acquisition d'organes au Canada	34 386
100	Acquisition d'organes hors du Canada : les coûts réels de l'acquisition hors du Canada peuvent être facturés. Une facture doit accompagner la demande de facturation réciproque.	
101	Cœur	29 686
102	Cœur et poumon	36 012
103	Poumon	23 470
104	Foie	24 428
106	Rein	11 241
108	Rein et pancréas	13 871

Veuillez consulter le document [Tarifs pour la facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses](#) pour tous les détails et exemples.

5 Tarifs des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches au 1^{er} avril 2024

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)		39 697 \$	---
602	Greffe autologue chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)		47 635 \$	---
603	Greffe autologue chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	89 325 \$	3 309 \$
604	Greffe autologue chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	119 098 \$	5 953 \$
605	Greffe allogénique adulte, excl. patients donneurs compatibles non apparentés (DCNA)	25 jours	205 554 \$	3 534 \$
606	Greffe allogénique chez l'enfant	25 jours	254 518 \$	6 397 \$
607	Greffe allogénique adulte/patients DCNA	25 jours	248 122 \$	3 534 \$

Veuillez consulter le document [Tarifs pour la facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses](#) pour tous les détails et exemples.