

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

**MISE À JOUR : 17
FÉVRIER 2009**

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

- PERSONNES ASSURÉES

- Changement pour les cartes du Manitoba, Nouveau Brunswick, Ontario, Saskatchewan, Terre-Neuve et Labrador et Territoires du Nord-Ouest

Pages : [3](#) à 8

- DEMANDE DE PAIEMENT

- Révision de tous les formulaires

Pages : [6](#) à 31

- PAIEMENT

- Actualisation de l'état de compte

Pages : [2](#) et [4](#)

- TARIF INTERPROVINCIAUX

- Nouvelle tarification et nouveaux codes d'intervention en vigueur depuis le 1^{er} avril 2008

Pages : [1](#) à 3 et [25](#) et [27](#)

- DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS

- Modification d'ordre administratif

Pages : [1](#) et [2](#)

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivants :
009 / 2008-04-24

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- 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 978-2-551-12541-8

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service des relations avec la clientèle

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les établissements de santé du Québec sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des **services internes** entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

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

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

Les établissements sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement. **Une information incomplète pourrait entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.**

Lorsque le texte de ce manuel est modifié, chaque détenteur reçoit les pages révisées pour en permettre la mise à jour.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'assistance aux professionnels où des préposés aux renseignements informent le personnel des établissements sur les procédures administratives afférentes au programme interprovincial de services internes.

#

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir la **page suivante**.

#

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**Par le site Internet :**

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

Ce guide est également disponible dans notre site Internet. 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

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par télécopieur :

- Québec : 418 643-5967

- Montréal : 514 873-5951

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 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"> - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex.: ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.); - 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.

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

Remarque : 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 code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES	1
1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD	1
1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD	1
1.3 PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	2
2. SERVICES	1
2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD	1
2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD	2
3. DEMANDE DE PAIEMENT (<i>Formulaire n° 3885</i>) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (<i>Formulaire n° 3716</i>)	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>Formulaire n° 3885</i>)	3
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
3.2.1 Établissement (<i>Section 1</i>)	5
3.2.2 Patient (<i>Section 2</i>)	7
3.2.3 Détails de la demande (<i>Section 3</i>)	9
3.2.4 Renseignements complémentaires (<i>Section 4</i>)	11
3.2.5 Attestation de l'établissement (<i>Section 5</i>)	11
3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION	12
3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)	12
3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)	15
3.3.3 Implants spéciaux	16
3.3.4 Interventions cardiovasculaires	17
# 3.3.5 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches	20
#3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (<i>Formulaire n° 3716</i>)	22
#3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION	24
# 3.5.1 Établissement (<i>Section 1</i>)	24
# 3.5.2 Patient (<i>Section 2</i>)	26
# 3.5.3 Résidence temporaire au Québec (<i>Section 3</i>)	28
# 3.5.4 Installation permanente au Québec (<i>Section 4</i>)	30
# 3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (<i>Section 5</i>)	32
#3.6 EXPÉDITION	32
#3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE	32

	<i>Page</i>
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
5.1.1 Facturation interprovinciale des Interventions chirurgicales très coûteuses	1
5.1.2 Tarif journalier	3
5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires	4
5.1.3.1 Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire selon la « Classification canadienne des interventions » (CCI)	5
5.1.4 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches	25
5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)	26
5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES	27
6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS	1
6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT	1
6.2 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS	1
6.3 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 internes dans un établissement situé hors de leur province ou territoire de résidence et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

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

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

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

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

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

1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD

- les personnes non domiciliées au Canada;

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

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

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

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

ALBERTA



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

COLOMBIE-BRITANNIQUE



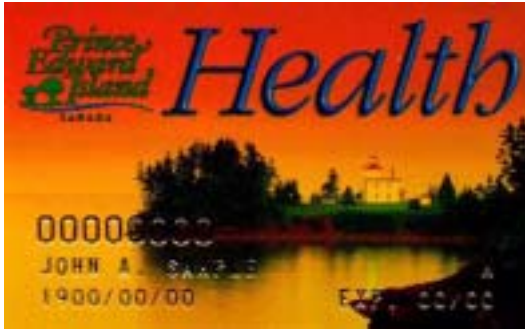
La carte santé régulière est en plastique sur fond blanc et le mot « CareCard » apparaît, comme trame de fond, en gris. Les mots « British Columbia Care » apparaissent en bleu et le mot « Card » en rouge. Les mots « Care » et « Card » sont en grosses lettres. On peut également y voir un drapeau rouge,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



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

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

#



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

Attention à la date d'expiration.

MANITOBA

#



La carte santé du Manitoba est en papier blanc et mauve et porte le titre « Certificat d'immatriculation ». Le texte pré-imprimé est en mauve et rouge. Les renseignements personnels sont inscrits à l'encre noire. Une section du certificat comprend un numéro d'immatriculation familial au nom et à l'adresse du chef de famille. Dans l'autre section, on retrouve les prénoms des membres de la famille, un numéro d'identification personnel à 9 chiffres (numéro d'assurance maladie) pour chacune des personnes assurées, le sexe, le mois et l'année de naissance de la personne ainsi que la date d'entrée en vigueur de la garantie.

NOUVEAU-BRUNSWICK

#



La carte santé est en plastique et présente un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell. Le logo du Nouveau-Brunswick apparaît dans le coin supérieur droit.

La carte contient le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres, le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi qu'une date d'expiration. Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent. Cette carte est la seule valide et remplace toutes les cartes émises précédemment.

Attention à la date d'expiration.



NOUVELLE-ÉCOSSE

#



La carte santé de la Nouvelle-Écosse est en plastique et présente un paysage de plage avec des nuages au loin, sur fond bleu. Les mots Nova Scotia (rouge) et Health (argent) sont imprimés le long du côté droit. La carte contient le numéro d'assurance maladie composé de 10 chiffres, le nom, le sexe et la date de naissance de la personne assurée; la date d'entrée en vigueur et la date d'expiration de la carte. Toutes les dates suivent le format suivant : aaaa/mmm/jj. Les chiffres et les lettres sont en relief de couleur argent.

De plus, si une personne désire faire don de ses organes, le terme « DONOR » accompagné d'un code à un chiffre sera imprimé en relief sur le dessus de la carte, à la droite de la date de naissance. La carte santé signée et portant le code de donneur constitue un document juridique.

Les codes pour le don d'organes sont les suivants :

- DONOR 1- Tous les organes et tissus compris dans le programme
- DONOR 2- Donneur avec exception

Attention à la date d'expiration.

NUNAVUT

#



La carte santé du Nunavut est en plastique gris pâle. Elle affiche, en rouge, une carte territoriale du Canada dans laquelle le Nunavut est montré en gris foncé, superposé d'un cercle sur lequel est écrit NUNAVUT CANADA en 3 langues. Dans la partie supérieure de la carte apparaît le mot NUNAVUT en gris pâle et, superposé, le mot SANTÉ écrit en 4 langues. Elle contient les renseignements suivants : 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 de la carte.

Le verso de la carte affiche l'adresse et le numéro de téléphone des services administratifs du Nunavut ainsi que la signature du détenteur de la carte.

Attention à la date d'expiration.

ONTARIO

L'Ontario a présentement 4 modèles de carte en circulation.



a) LA CARTE AVEC PHOTO

Une carte en plastique sur fond vert et blanc portant le numéro d'assurance maladie à 10 chiffres suivi d'un code à 2 lettres, le nom, la date de naissance, le sexe et la signature de la personne assurée ainsi que les dates d'émission et d'expiration de la carte. Généralement, la carte porte la photo de la personne assurée. Dans le cas où la personne est exemptée de la photo, la fleur du trille apparaît à sa place.

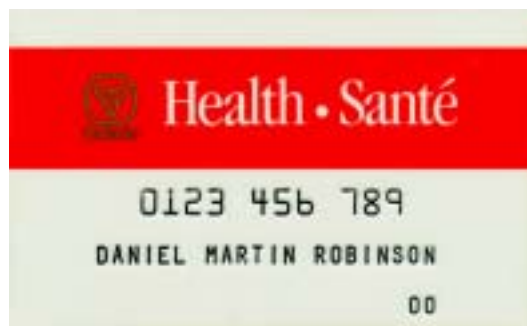
Attention à la date d'expiration.



b) NOUVELLE CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente. La principale différence c'est le fond couleur de la photo et la même photo miniaturisée en noir et blanc au bas droit de la carte.

Attention à la date d'expiration.



c) LA 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.

ONTARIO (suite)



d) LA 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.



a) 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.



b) CARTES ÉMISES APRÈS 2005

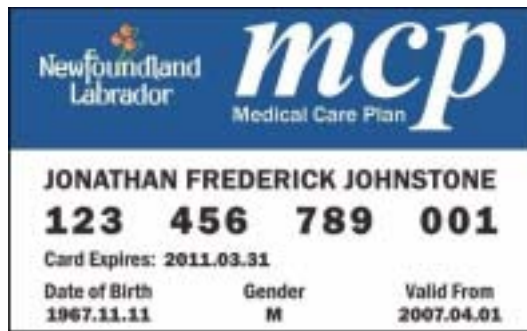
Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

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

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

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

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



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

Attention à la date d'expiration.

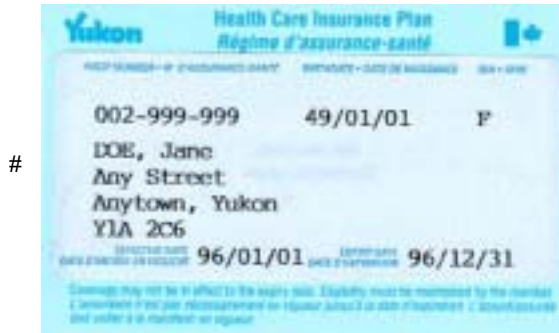
TERRITOIRES DU NORD-OUEST



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

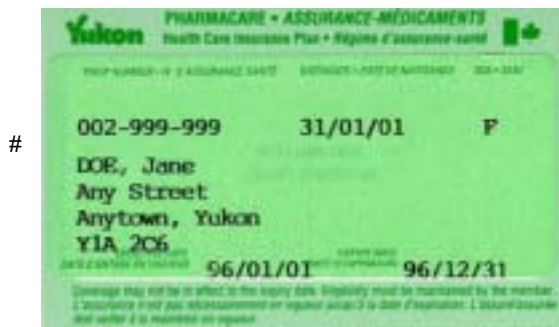
Attention à la date d'expiration.

YUKON



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

Attention à la date d'expiration.



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

Attention à la date d'expiration.

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

3.2.1 Établissement (Section 1)

N° de contrôle externe :

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

Code de l'établissement : Inscrive le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de 5 chiffres).

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

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

Adresse : Inscrive l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrive la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrive le code postal de votre établissement.

3.2.2 Patient (*Section 2*)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à 12 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.

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

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

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

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

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

Nouveau-né : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

Adresse : Adresse permanente de la personne assurée.

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

#

3.2.3 Détails de la demande (Section 3)

Date d'admission : Inscrire la date d'admission dans l'établissement.

Date de congé : Inscrire la date de sortie de l'établissement.

Genre de séjour : Inscrire s'il s'agit d'un séjour continu = **C**, non continu = **N**, ou encore s'il s'agit d'un transfert entre deux établissements = **T**.

Accident : Inscrire le code correspondant au type d'accident, s'il y a lieu : **T** = Travail; **A** = Auto; **D** = Autres.

Décès : Cocher si la personne assurée est décédée lors de l'hospitalisation.

Code de diagnostic : Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-10). Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

Code d'intervention : Inscrire le code d'intervention chirurgicale selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

Attribut d'intervention : Inscrire l'attribut dans la case prévue à cette fin lorsque le code d'intervention le prévoit.

Date de l'intervention ou de début de facturation : Inscrire la première date d'hospitalisation facturée.

Date de fin de facturation : Inscrire la dernière date d'hospitalisation facturée.

Si une personne assurée n'est hospitalisée qu'une seule journée (ex. le 2009-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

#	DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION :	2009-04-21
#	DATE DE FIN DE FACTURATION :	2009-04-21

Code de service : Inscrire le code (3 chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section 3.3, ci-après.

Série 100 – transplantation

100 acquisition d'organes hors Canada

101 cœur

102 cœur-poumons

103 poumons

104 foie

106 rein

108 rein et pancréas

Série 300 - implants

310 implant cochléaire

311 défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

Série 400 - tarif journalier (per diem)

401 courte durée

402 nouveau-né

Série 500 - interventions cardiovasculaires

501 Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire

502 Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire

503 Cathétérisme cardiaque sans tuteur

504 Cathétérisme cardiaque avec tuteur

505 Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs combinés)

Série 600 - services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches

600 Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)

601 Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)

602 Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)

603 Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)

604 Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)

605 Greffe allogénique – chez l'adulte – donneur apparenté au patient

606 Greffe allogénique – chez l'enfant

607 Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté)

Tarif journalier : Inscrire le tarif journalier.

Nombre de jours : Inscrire le nombre de jour pour ce service.

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

3.2.4 Renseignements complémentaires (*Section 4*)

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

#

3.2.5 Attestation de l'établissement (*Section 5*)

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

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

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

3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION**3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)**

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

EXEMPLE (1^{re} demande de paiement)

#

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

EXEMPLE (2^e demande de paiement)

#

#

3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)

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

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

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

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION

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

3.3.3 Implants spéciaux

Les implants spéciaux doivent être facturés selon le prix d'acquisition plus le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Veuillez annexer à la demande de paiement, la facture qui justifie le prix de l'implant. L'implant doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire, dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case CODE DE SERVICE, le code numérique correspondant à l'implant et, dans la case MONTANT FACTURÉ, le prix de l'implant.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : implants

- 310 = implant cochléaire
- 311 = défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

3.3.4 Interventions cardiovasculaires

Les interventions cardiovasculaires de la série des codes 500 doivent être facturées séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case CODE DE SERVICE le code numérique correspondant à l'intervention et dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif de l'intervention. Le tarif journalier de l'hospitalisation s'ajoute au tarif de l'intervention

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 500 : interventions cardiovasculaires

- 501 = Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire
- 502 = Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire
- 503 = Cathétérisme cardiaque sans tuteur
- 504 = Cathétérisme cardiaque avec tuteur
- 505 = Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs= combinés)

#

3.3.5 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Le tarif de la greffe de la moelle osseuse et des cellules souches de la série des codes 600 remplace le tarif journalier d'hospitalisation.

Lorsque le séjour est supérieur au séjour maximal, le tarif quotidien majoré est ajouté pour chaque jour au-delà du séjour maximal. Dans ce cas, une nouvelle ligne de service doit être utilisée pour facturer cette période.

Veillez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case DATE DE FIN FACTURATION, la date de fin de la facturation, dans la case CODE DE SERVICE le code numérique correspondant à l'intervention, dans la case TARIF JOURNALIER, le tarif journalier en fonction du code de l'intervention et dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif de l'intervention ou le montant facturé.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 600 : greffe de moelle osseuse et de cellules souches

- 600 = Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)
- 601 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)
- 602 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)
- 603 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)
- 604 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)
- 605 = Greffe allogénique – chez l'adulte (donneur apparenté au patient)
- 606 = Greffe allogénique – chez l'enfant
- 607 = Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté - DCNA)

3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (*Formulaire n° 3716*)

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte 5 sections :

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

#

3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION**3.5.1 Établissement** (*Section 1*)

Code de l'établissement : Inscire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscire le nom de l'établissement.

Adresse : Inscire l'adresse complète de l'établissement.

Province : Inscire la province de l'établissement.

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

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

#

3.5.2 Patient (Section 2)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscire 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 12 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.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte d'assurance santé (nom de famille, à la naissance). Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone du patient.

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

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

Province émettrice de la carte : Inscire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date d'entrée en vigueur de la carte : Inscire la date d'entrée en vigueur de la carte, s'il y a lieu.

Date d'expiration de la carte : Inscire la date d'expiration indiquée sur la carte santé, s'il y a lieu.

Nouveau-né : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

Adresse : Adresse permanente de la personne assurée.

Province : Province de la personne assurée.

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

#

3.5.3 Résidence temporaire au Québec (Section 3)

Adresse (numéro, rue, localité) : Inscire l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Province : Ce champ est toujours Québec.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone du patient lors de son séjour au Québec.

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine émettrice de la carte : Il faut cocher l'une des cases suivantes :

Vacances/en transit

Recommandation d'un médecin

Emploi temporaire/affaires

Études : Si cette case est cochée, indiquer le nom de l'établissement d'enseignement.

Préciser : Dans tous les autres cas, cocher cette case et préciser la raison.

Durée prévue du séjour : Inscire la date de début et de fin prévue du séjour.

Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Inscire le nom de la province.

Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province : Inscire la date.

Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) : Inscire l'adresse de résidence dans la province en question.

Province : Inscire la province.

Code postal : Inscire le code postal de la résidence du patient dans cette province.

Numéro de téléphone : Inscire le numéro de téléphone du patient dans cette province.

#

3.5.4 Installation permanente au Québec (Section 4)

Adresse permanente au Québec : Inscire l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Province : Ce champ est toujours Québec.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone permanent du patient au Québec.

Dernière adresse dans la province ayant délivré la carte santé : Inscire la dernière adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Province : Province qui a délivré la carte santé.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone dans la province qui a délivré la carte santé.

Date du départ de la province ayant délivré la carte santé : Inscire la date du départ de la province qui a délivré la carte santé.

Date du début de l'installation permanente au Québec : Inscire la date à laquelle la personne a commencé à résider de façon permanente au Québec.

#

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

Signature de la personne qui fait cette déclaration : Le patient ou son représentant est tenu de signer la déclaration du patient.

Signature du témoin (représentant de l'hôpital) : La signature du représentant est obligatoire.

Date : Date de la signature de la déclaration.

Nom : Nom du représentant du patient (lettres majuscules). Si ce n'est pas le patient qui signe la déclaration, il faut indiquer ici le nom du représentant du patient.

Lien avec le patient : Il faut indiquer le lien avec le patient en cochant la case PÈRE, MÈRE OU TUTEUR ou encore la case PRÉCISER en indiquant le lien sur la ligne.

Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient : Inscrire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

Province : Inscrire la province du représentant du patient.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du représentant du patient.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du représentant du patient.

3.6 EXPÉDITION

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation **doit être conservé dans les dossiers de l'établissement**. Sur demande de la Régie, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Facturation interprovinciale
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE

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

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

4. PAIEMENT

4.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

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

4.2 ÉTAT DE COMPTE

#

4.2.1 Description

L'état de compte contient les renseignements suivants :

1. Nom :

Nom de l'établissement.

2. Numéro d'identification :

Code de l'établissement (numéro corporatif).

3. Numéro de chèque :

Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.

4. Date de l'état de compte :

Date du paiement.

5. Numéro du paiement :

Numéro du cycle du paiement.

6. Date de la facturation :

Non applicable.

7. Page :

Numéro de page.

8. Nom et adresse :

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

9. Paiements et retenues :

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

10. Nombre :

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

11. Montant :

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

12. Montant :

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

13. Montant :

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

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

#

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

5.1 TARIFS DES SERVICES

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

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

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

5.1.1 Facturation interprovinciale des interventions chirurgicales très coûteuses

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2008.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Transplantation (par cas)	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application (page 26).	
+ 100(*)	- acquisition d'organe hors Canada – Quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 18 499,00 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 18 499 \$ d'acquisition en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque	
+ 101	- coeur	98 205,00
+ 102	- coeur et poumons	138 702,00
+ 103	- poumons	158 606,00
+ 104	- foie	100 613,00
+ 106	- rein	27 357,00
+ 108(*)	- rein et pancréas	33 705,00

AVIS : 1) *Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du donneur.*

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

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

(*) Les codes 100 et 108 sont nouveaux depuis le 1^{er} avril 2005

5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2008.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Implants spéciaux :	
	* Le prix facturé de l'appareil (facture requise), plus le per diem autorisé de l'hôpital pour toute hospitalisation associée à l'intervention.	
+ 310	- implant cochléaire	*
+ 311	- stimulateur cardiaque	*

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

5.1.2 Tarif journalier

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2008.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Tarif journalier :	
401	- Soins de courte durée	Tarif journalier autorisé
+ 402	- Soins d'un nouveau-né (non malade)..... (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique)	330,00

5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires

Tarifs en vigueur depuis le 1^{er} avril 1998.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
501	Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire	2 400,00
502	Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire	5 300,00
503	Cathétérisme cardiaque sans tuteur	1 800,00
504	Cathétérisme cardiaque avec tuteur	4 500,00
505	Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque combiné (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs)	3 500,00

Remarque : Chaque catégorie de service est limitée à la liste des « Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire » (voir annexe IV) telle qu'elle figure dans la Classification des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC) et la classification canadienne des interventions (CCI).

Règles d'application :

1. Les tarifs pour les interventions cardiovasculaires s'appliquent uniquement le jour où le service est rendu et s'ajoutent au per diem autorisé de l'hôpital.
2. Durant l'hospitalisation d'un patient, les interventions cardiovasculaires qui ne sont pas effectuées le même jour peuvent être facturées.
3. Lorsque plusieurs interventions cardiovasculaires sont effectuées lors d'un même séjour en salle d'opération, une seule intervention peut être facturée.
4. Lorsque des interventions répétées ou multiples sont effectuées sur un patient le même jour mais durant des séjours séparés ou distincts en salle d'opération, deux interventions, **au plus**, peuvent être facturées.

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

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2008.

CODES DES SERVICES	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) moelle osseuse, cellules souches et anticorps monoclonal . . .	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	21 357,00	---
+ 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	25 628,00	---
+ 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	48 053,00	1 780,00
+ 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	64 072,00	3 203,00
+ 605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA).	25 jours	110 583,00	1 899,00
+ 606	Greffe allogénique – chez l'enfant.	25 jours	136 923,00	3 441,00
+ 607	Greffe allogénique / adulte / patient DCNA.	25 jours	133 483,00	1 899,00

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

Avant le 1^{er} septembre 1998, se reporter aux codes de services 105 et 107 des tarifs pour la facturation interprovinciale des interventions très coûteuses (en vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 1998 ou après cette date) et aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantation.

5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)

1. Tout séjour à l'hôpital, de l'admission au congé, qui est antérieur à l'admission pour une transplantation d'organe (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au *per diem* autorisé de l'hôpital.
2. Tout séjour à l'hôpital qui fait suite au séjour au cours duquel la transplantation a eu lieu sera facturé au *per diem* autorisé de l'hôpital.
3. Chaque consultation externe ayant lieu avant et après le séjour à l'hôpital pour l'intervention très coûteuse sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
4. Chaque hôpital qui aura fourni les services peut facturer une transplantation d'organe de la façon suivante :
 - a) pour un patient hospitalisé, de l'admission au congé, au tarif interprovincial de transplantation convenu;
 - b) transplantations multiples, même patient, même organe, même séjour - en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples;
 - c) aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur naturel;
 - d) i) Prélèvement d'organes au Canada : il est reconnu que les techniques et les coûts du prélèvement d'organes peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre et d'un cas à l'autre. Il reste néanmoins que les coûts de prélèvement de l'organe doivent être considérés comme faisant partie des coûts des fournitures nécessaires à l'intervention et, par conséquent, le coût est déjà inclus dans les tarifs pour la facturation interprovinciale de transplantation. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition;
 - + ii) Acquisition d'organe hors Canada : quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 18 499,00 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 18 499,00 \$ d'acquisition d'organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
 - e) tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation du même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, tel qu'indiqué précédemment.

5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES

1. Tout séjour en milieu hospitalier distinct d'une hospitalisation aux fins d'une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au tarif quotidien autorisé de l'hôpital.
2. Toute consultation externe sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
3. Chaque tarif monolithique comprend tous les frais d'établissement associés à une greffe unique, notamment les frais d'hospitalisation et de diagnostic. Aux fins du calcul du séjour maximal, le séjour en milieu hospitalier comprend la date 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 séjour maximal prévu au cours de la période d'hospitalisation où la greffe a été pratiquée.
5. Frais d'acquisition :
 - a) lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, les coûts sont compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition;
 - b) lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût facturé effectivement payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province d'origine du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsque les patients sortent 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 dans les cas où les congés sont obtenus dans les 72 heures (adulte ou enfant).
- + 7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Les personnes qui obtiennent leur congé et qui présentent des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent être réhospitalisées 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 pour ce qui concerne les frais d'acquisition évoqués au paragraphe 5b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de la moelle osseuse et de cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. L'attribution d'un code de diagnostic est obligatoire et doit indiquer la principale raison justifiant la greffe ou le diagnostic définitif posé à l'égard du greffé.
12. Les greffes de moelle osseuse ou de cellules souches pratiquées dans le cadre d'essais cliniques ou à l'égard d'affections dont le traitement est encore jugé au stade expérimental ne sont pas admissibles à la facturation réciproque.

6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS

6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT

Les demandes d'approvisionnement doivent être faites à la Régie en remplissant le formulaire « Demande de formulaires » (n° 1491) et en l'expédiant à l'adresse suivante :

- # Régie de l'assurance maladie du Québec
Centre de contacts des professionnels
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

ou par télécopieur au numéro : 418 646-9251

6.2 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 QC G1K 7T3

6.3 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 Confederation Building
P.O. Box 8700
St. John's (Terre-Neuve et Labrador) A1B 4J6
Téléphone : 709 729-5222

Ile-du-Prince-Édouard

Department of Health and Social Services
Medicare Division
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (Ile-du-Prince-Edouard) C0A 1R0
Téléphone : 902 838-0931

Nouvelle-Écosse

Department of Health
Joseph Howe Building
1690 Hollis Street
P.O. Box 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1V8
Téléphone : 902 424-5674

Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 453-2283

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
Appels sans frais 1 800 561-9749 (d'une autre localité du Québec)

Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care
Head Office
MacDonald-Cartier Building
49 Place D'Armes
Kingston (ON) K7L 5J3

Téléphone : 613 237-9100, ext. 4620 (Registration and Claims Branch)
Téléphone : 613 548-6716 (Provider Services Branch)

Manitoba

Manitoba Health
300 Carlton Street
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101
Appel sans frais 1 800 392-1207 (Amérique du Nord)

Saskatchewan

Saskatchewan Health
Medical Services Branch
T.C. Douglas Building
3475 Albert Street
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : 306 787-3475

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

PROVINCES / TERRITOIRES**ADRESSES****Alberta**

Adresse principale :
Edmonton
 Alberta Health and Wellness
 10025 Jasper Avenue
 P.O. Box 1360
 Edmonton (Alberta) T5J 2N3
 Téléphone : 780 427-1432

Calgary

Téléphone : 403 297-6411

Colombie-Britannique

Ministry of Health Services
 Performance Management & Improvement Division
 1515 Blanshard Street
 Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
 Téléphone : 250)952-1049
 Téléphone : 250 952-1334 (Pour demandes de remboursement hors province)

Yukon

Insured Services Branch
 Department of Health and Social Services
 4th floor 204 Lambert St
 P.O. Box 2703
 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
 Téléphone : 867 667-8949

Territoires du Nord-Ouest

Department of Health and Social Services
 Health Services Administration
 Inuvik Branch Office
 2nd Floor, IDC Building
 Bag Service #9
 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0
 Appels sans frais : 1 800 661-0830

Nunavut

Health Insurance Programs
 Department of Health and Social Services
 Government of Nunavut
 RSO Building Bag 003
 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
 Téléphone : 867 645-8001

Ce guide est également disponible dans notre site Internet. Les cartes santé sont reproduites en couleurs. Vous pouvez y accéder, en tout temps, à www.ramq.gouv.qc.ca.

Remarque :

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 code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

