

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

**MISE À JOUR : 18  
MAI 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

**- SERVICES**

- Modification d'ordre administratif  
**Page :** [2](#)

**- DEMANDE DE PAIEMENT**

- Ajout du code de service 405  
**Page :** [9](#)

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Nouvelle tarification et nouveau code de service 405 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009  
**Pages :** [1](#) à 3 et [25](#) et [26](#)

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 035 / 2009-06-04

**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** 



## 2. SERVICES

### 2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les frais d'hospitalisation en salle pour des soins :

- 1) de courte durée
- 2) de pouponnière

Interventions coûteuses ayant un tarif global :

- transplantations :
  - acquisition d'organes hors Canada;
  - coeur;
  - coeur-poumons;
  - poumons;
  - foie;
  - moelle osseuse;
  - rein (enfant ou adulte);
  - rein et pancréas.

Interventions cardiovasculaires

Implants spéciaux :

- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- implants cochléaires.

**2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD**

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- Avortement thérapeutique;
- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- Fécondation in vitro et insémination artificielle;
- Lithotripsie pour lithiases vésiculaires;
- Changement de sexe;
- Examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;
- Traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
- Acupuncture, acupressure, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biorétroaction (biofeedback), hypnothérapie;
- Services assurés par d'autres organismes : Gendarmerie royale du Canada (GRC), Forces armées, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ministère des Anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux);
- Services fournis à la demande d'un tiers;
- Conférence d'équipe;
- Dépistage génétique et autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN;
- Interventions qui demeurent au stade expérimental;
- Services d'anesthésie et services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.

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

**Numéro de téléphone**

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

# **Vous devez également obtenir, par écrit, l'accord de la province ou du territoire de résidence avant de facturer à la Régie des services exclus (consultez la section 6.3 pour connaître les adresses et les numéros de téléphone des provinces et des territoires).**

**3.2.3 Détails de la demande (Section 3)**

**Date d'admission** : Inscire la date d'admission dans l'établissement.

**Date de congé** : Inscire la date de sortie de l'établissement.

**Genre de séjour** : Inscire 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** : Inscire 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** : Inscire 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** : Inscire 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** : Inscire 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** : Inscire la première date d'hospitalisation facturée.

**Date de fin de facturation** : Inscire 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** : Inscire 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

# 405 intensif de courte durée

**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.

## 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, en unité de soins intensifs 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<sup>er</sup> avril 2009.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Transplantation</b> (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 19 072,00 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 19 072 \$ 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 . . . . .	101 249,00
+ 102	- coeur et poumons . . . . .	143 002,00
+ 103	- poumons . . . . .	163 523,00
+ 104	- foie . . . . .	103 732,00
+ 106	- rein . . . . .	28 205,00
+ 108(*)	- rein et pancréas . . . . .	34 750,00

**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<sup>er</sup> avril 2005

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

# Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2009.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Implants spéciaux :</b>	
	* 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<sup>er</sup> avril 2009.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Tarif journalier :</b>	
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)	340,00
+ 405	- Soins intensifs de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé

## 5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires

Tarifs en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> avril 2009.

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) . . . . .	---	22 019,00	---
+ 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	26 422,00	---
+ 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .	16 jours	49 543,00	1 835,00
+ 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .	13 jours	66 058,00	3 302,00
+ 605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA). . . . .	25 jours	114 011,00	1 958,00
+ 606	Greffe allogénique – chez l'enfant. . . . .	25 jours	141 168,00	3 548,00
+ 607	Greffe allogénique / adulte / patient DCNA. . . . .	25 jours	137 621,00	1 958,00

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

Avant le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 19 072,00 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 19 072,00 \$ 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.