

Sommaire des modifications apportées *Ententes interprovinciales en assurance santé*

Mise à jour : Avril 2019

Section 1 Personnes assurées

À la section 1.3 *Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie*, les images des cartes santé ont été mises à jour.

Section 2 Services

À la section 2.1 *Services couverts en vertu de l'accord* :

- À la section 2.1.2 *Services externes*, les services couverts en vertu de l'accord ont été modifiés par l'ajout d'une puce et de précisions :

Les examens de tomographie par émission de positrons-tomodensitométrie (TEP-TDM).

Pour l'ultrasonographie, la tomographie avec ordinateur, la mammographie, l'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), l'imagerie par résonance magnétique, la radio-oncologie, la médecine nucléaire in vivo et le service d'analyse en laboratoire ainsi que pour les autres services d'imagerie tels la radioscopie, l'échographie de même que la radiographie générale, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle). Ainsi, l'établissement doit rembourser le médecin pour ce volet.

Attention : Si le médecin a effectué l'interprétation de tels examens alors que le patient était hospitalisé, seuls les examens énumérés à la *Lettre d'entente n° 15* de l'entente des médecins spécialistes doivent lui être remboursés par l'établissement. Tous les autres honoraires professionnels doivent faire l'objet de facturation par le médecin auprès du patient ou de sa province à l'aide du formulaire *Réclamation hors province pour services médicaux (2688)* (version française) ou *Out-of-province claim for physician services (4292)* (version anglaise);

- À la section 2.2. *Services exclus de l'accord* :
 - les examens périodiques ont été retirés :
Les examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;
 - les codes de service ont été modifiés.

Section 3 Demandes de paiement

À la section 3.1 Services internes :

- À la section 3.1.1 Description de la Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire (3885) :
 - sous 3.1.1.2 Instructions et exemples de facturation – Section 3 du formulaire 3885, à la section 2. Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation), les modalités de facturation ont changé :
Vous devez facturer le nombre de jours d'hospitalisation au taux approprié (unité de soins intensifs et salle commune);

À la section 3.2 Services externes :

- À la section 3.2.1 Description de la Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire (2597) :
 - sous 3.2.1.1 Rédaction de la demande de paiement, à la section 2. Détails de la demande (section 2) :
 - les codes de service ont changé;
 - le service Tomographie par émission de positrons-Tomodensitométrie (TEP-TDM) a été ajouté.

Section 4 Tarifs interprovinciaux

À la section 4.1 Tarifs et règles – Services internes :

- À la section 4.1.1 Tarif journalier, le tarif est modifié;
- À la section 4.1.2 Implants spéciaux, la dernière phrase du tableau est modifiée :
La facture pour les implants ou les dispositifs doit être transmise à la RAMQ afin qu'elle soit jointe à la demande de remboursement envoyée à la province ou au territoire d'origine du patient;
- À la section 4.1.3 Définition des implants spéciaux :
 - pour le code de service 317 (Prothèse du genou pour une reprise ou un remplacement bilatéral ou unilatéral), les informations relatives au remplacement du genou bilatéral ont été supprimées;
 - pour le code de service 319 (Prothèse de la hanche pour un remplacement unilatéral (à l'exclusion des remplacements bilatéraux et des reprises)), une précision est ajoutée :
Si une facture est demandée, une note devrait y être ajoutée indiquant l'attribut de situation et de lieu (attribut de situation P = primaire et un attribut de lieu, soit G = gauche ou D = droit);
 - dans le tableau Comment facturer les coûts liés aux implants ou aux dispositifs, à la ligne Montant facturable, pour les scénarios 2 et 3, la mention plus tarif journalier a été ajoutée;

- À la section 4.1.4 *Facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses* :
 - le code de service 99 (Acquisition d'organes au Canada) est ajouté;
 - des précisions sont apportées relativement à l'acquisition d'organes hors Canada :
Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, les coûts réels de l'acquisition hors du Canada peuvent être facturés.
La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque;
 - les tarifs des greffes d'organes sont modifiés;
- À la section 4.1.5 *Règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe)* :
 - des règles ont été ajoutées et d'autres modifiées;
 - le tableau *Comment facturer les coûts liés aux transplantations coûteuses* est ajouté;
- À la section 4.1.6 *Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches* :
 - les tarifs sont modifiés;

À la section 4.2 *Tarifs et règles – Services externes* :

- À la section 4.2.1 *Tarifs pour la facturation interprovinciale des services hospitaliers externes* :
 - les codes de service et les tarifs sont modifiés;
- À la section 4.2.2. *Règles pour la facturation des services de consultation externe* :
 - la règle 2 est modifiée :
Dans les cas d'ultrasonographie, de tomographie avec ordinateur, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), d'imagerie par résonance magnétique, de radio-oncologie, de médecine nucléaire in vivo, de service d'analyse en laboratoire, et les autres services d'imagerie tels la radioscopie, l'échographie de même que la radiographie générale, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle). Ainsi, l'établissement doit rembourser le médecin pour ce volet.
*** Si le médecin a interprété de tels examens alors que le patient était hospitalisé, seuls les examens énumérés à la Lettre d'entente no 15 des médecins spécialistes doivent lui être remboursés par l'établissement. Tous les autres honoraires professionnels doivent faire l'objet de facturation par le médecin auprès du patient ou de sa province à l'aide du formulaire 2688 (version française) ou 4292 (version anglaise);**
 - les codes de service aux règles 3 et 6 sont modifiés;
 - à la règle 12 :
 - le code de service est modifié,
 - une précision est apportée au coût des médicaments pour chimiothérapie :
Une approbation préalable de la province du patient doit être obtenue pour les médicaments de chimiothérapie ayant un coût supérieur à 3 000 \$ par traitement;
 - la dernière phrase est modifiée :
Une récupération peut être demandée si l'explication n'est pas fournie;

- la règle 13 est ajoutée :
Un examen de tomographie par émission de positrons-tomodensitométrie (TEP-TDM) peut être facturé uniquement selon les indications cliniques ci-dessous. Pour toute autre indication clinique, l'établissement doit obtenir l'approbation préalable de la province du patient;
- un tableau est ajouté sous la règle 13;
- le tableau *Comment facturer les médicaments chimiothérapeutiques (codes 56 et 66)* est modifié;
- le tableau *Comment facturer les services de laboratoire selon les scénarios suivants* est modifié.

Section 6 Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements

À la section 6.4 *Adresse de correspondance des provinces et des territoires* :

- La *Liste des personnes-ressources qui doivent préalablement approuver la disposition de médicaments pour la chimiothérapie* a été modifiée.