

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

**MISE À JOUR : 25
NOVEMBRE 2011**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

- **SERVICES**
 - Modifications d'ordre administratif

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

- **DEMANDE DE PAIEMENT**
 - Modifications d'ordre administratif

Pages : [7](#) et [8](#)

- **TARIFS INTERPROVINCIAUX**
 - Modification d'ordre administratif

Page : [1](#)

- **DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS**
 - Modifications d'ordre administratif

Pages : [2](#) et [3](#)

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 286 / 2011-03-31*

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 978-2-551-12542-5

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

2. SERVICES

2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les services couverts en vertu de l'accord sont :

- Consultation externe (à l'exception des services identifiés spécifiquement à la section 2.2);
- # - Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque);
- Hémodialyse;
- # - Tomographie avec ordinateur (scanographie);
- Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont pas inclus dans aucun autre code de service;
- # - Visite et traitement par chimiothérapie;
- # - Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- # - Lithotripsie, cholédoque, reins (incluant les honoraires du radiologiste et les échographies);
- # - Imagerie par résonance magnétique (comprennant les services du radiologiste);
- # - Services de radiothérapie;
- # - Stimulateurs cardiaques et implants cochléaires;
- # - Procédures coûteuses pour les services de laboratoire (exluant le dépistage génétique).
- # **Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire in vivo, de tomographie avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle).**

Dans le cas où un patient est hospitalisé pour des services internes et qu'il reçoit des services de consultation externe dans un autre hôpital, l'hôpital fournissant les services de consultation externe peut facturer les services fournis selon les règles et le tarif interprovincial en vigueur.

2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- # - Avortement thérapeutique et interruption volontaire de la grossesse;
- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- Services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste;
- # NOTE : un service dentaire dispensé par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu.
 - 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, bioréaction (biofeedback), hypnothérapie;
 - Services assurés par d'autres organismes : Gendarmerie royale du Canada (GRC), Forces armées, commission d'indemnisation des accidents du travail, 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 du développement ou de la recherche clinique;
- # - Télémédecine;
- # - Tomographe par émission de positrons et scalpel gamma;
- # - Autres services exclus :
 - médicaments à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes 06 et 07 pour les services aux malades externes);
 - soins à domicile;
- # - 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 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**7. Code de la province de résidence ou du territoire des personnes assurées :**

Inscrire le code correspondant à la province ou au territoire qui a délivré la carte santé. Utiliser un formulaire par province et par territoire.

Alberta	02
Colombie-Britannique	01
Ile-du-Prince-Édouard	08
Manitoba	04
Nouveau-Brunswick	06
Nouvelle-Écosse	07
Nunavut	14
Ontario	05
Saskatchewan	03
Terre-Neuve et Labrador	09
Territoires du Nord-Ouest	10
Yukon	11

8. Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées :

Inscrire le nom de la province ou du territoire de résidence qui a délivré la carte santé.

9. Ligne de service :

La ligne de service correspond aux lettres A, B et C de la section 2 : Détails de la demande.

10. 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 3 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.

Note : Pour les nouveaux-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services externes fournis.

11. Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :

Inscrire le nom de famille ainsi que le prénom de la personne assurée **qui figurent sur la carte**.

12. Date d'expiration de la carte :

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

13. Indicateur de 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.

14. Date de naissance de la personne assurée :

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

15. Sexe de la personne assurée :

Inscrire le sexe de la personne assurée (F = Féminin, M = Masculin).

16. Date du service :

Inscrire la date du service selon le système international (AAAA-MM-JJ).

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**17. Code de service :**

Inscrire le code correspondant au service rendu :

#	Consultation externe standard	01
#	Chirurgie d'un jour (incluant le traitement d'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque).	02
	Hémodialyse	03
#	Tomographie avec ordinateur	04
#	Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service.	05
#	Visite et traitement par chimiothérapie	06
	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
#	Lithotripsie pour les calculs du cholédoque	08
#	Lithotripsie pour calculs renaux	09
	Imagerie par résonance magnétique	11
	Service de radiothérapie	12
#	Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	13
#	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	15

18. 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.

19. 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.

20. Attribut d'intervention :

Inscrire les informations précisant le code d'intervention si celui-ci prévoit un attribut.

21. Renseignements complémentaires :

Inscrire tout renseignement important pouvant aider au traitement de votre demande.

22. Tarif du service :

Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section 5. Tarifs interprovinciaux).

23. Coût total des services :

Inscrire le coût total de tous les services (faire la somme des montants inscrits dans la colonne TARIF DU SERVICE de la demande de paiement).

24. Attestation de l'établissement :

Chaque formulaire doit être signé par une personne autorisée par l'établissement. La signature doit être manuscrite.

3.3 EXPÉDITION

La première copie du formulaire doit être expédiée à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

5.1 TARIFS DES SERVICES

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

- # Ces tarifs **incluent tous les services** fournis au patient en services externes ou à l'urgence. Dans les cas d'ultraso-nographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire in vivo, de tomographie avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, **les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise** (composante professionnelle).

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2011.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
01	Consultation externe standard – (comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux et exclut des services faisant partie d'autres codes de services) (voir la note n ^o 4)	260,00
02	Chirurgie d'un jour – comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare 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 ^o 4)	1 107,00
03	Hémodialyse	444,00
04	Tomographie avec ordinateur	650,00
05	Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont 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 la note n ^o 5)	130,00
06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer	1 218,00
07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 202 \$ plus le coût réel des médicaments	
08	Lithotripsie pour calculs du cholédoque, par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies (<i>la lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue</i>)	601,00
09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies	601,00
10	Annulé – Deuxième consultation externe le même jour	
11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste	641,00
12	Service de radiothérapie	324,00
13	Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires : 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 130 \$ 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)	

Depuis le 1^{er} avril 2006, il est possible de facturer un service hospitalier codé 01 à 15 dispensé le jour même de l'admission du patient à l'hôpital ou de son congé.

5.2 RÈGLES POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES**Notes :**

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. Il convient de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.
3. Un patient externe est une personne qui a été officiellement inscrite par un hôpital et qui reçoit au minimum un service de santé sans être admise à titre de patient hospitalisé et dont les renseignements personnels ont été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et à qui un seul identifiant 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. Comprend la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Exclut les scintigraphies en médecine nucléaire superposés sur des images provenant de modalités comme la tomographie par ordinateur (TO) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), p. ex. TEPU/TO et TEP/TO, qui ont leurs propres codes de service.
 - Radioscopie – technique d'imagerie permettant d'obtenir en temps réel des images en mouvement d'un patient 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 rayons 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.
4. 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).
 5. 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'exécution d'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.

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
Case postale 500
Québec (Québec) 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 (Québec) 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 1 : 709 729-3996 Téléphone 2 : 709 729-5222
Ile-du-Prince-Édouard	Department of Health and Social Services Medicare Division 35 Douses Road P.O. Box 3000 Montague (île-du-Prince-Édouard) 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	Department of Health B.P. 5100 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 457-4800
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	Ontario-Ministry of Health and Long-Term Care MacDonald-Cartier Building Financial Management Branch 2 nd floor 49 Place D'Armes Kingston (ON) K7L 5J3 Téléphone 613 548-6600 (reciprocal hospital billing) Ontario-Ministry of Health and Long-Term Care
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
# Colombie-Britannique	Ministry of Health out of Province claims 1515 Blanshard Street Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8 Téléphone 1 : 250 952-1036 Téléphone 2 : 250 952-1334 (Pour demandes de remboursement hors province)
# Yukon	Insured Health and Hearing Services Government of Yukon 4 th floor 204 Lambert St P.O. Box 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone 1 : 867-667-5202 Téléphone 2 : 867 667-8949 (Pour demandes de remboursement hors province)
Territoires du Nord-Ouest	Department of Health and Social Services Health Services Administration Inuvik Branch Office 2 nd 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.