

*À l'intention des directeurs généraux et des directeurs des finances
des établissements hospitaliers autorisés à facturer des services hospitaliers
rendus à des résidents des autres provinces et des territoires* *1^{er} avril 2019*

Ententes interprovinciales en assurance santé – Modification des tarifs

La tarification de la facturation interprovinciale des services hospitaliers fournis à un résident d'une autre province ou d'un autre territoire du Canada a été modifiée. Les nouveaux tarifs entrent **en vigueur le 1^{er} avril 2019**.

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation à compter du 1^{er} avril 2019, à l'**exception des services hospitaliers externes rendus à partir de cette date**, pour lesquels des directives vous seront fournies prochainement. **D'ici à ce qu'elles vous soient transmises**, vous devez retenir cette facturation.

Les tarifs changés sont les suivants :

- Tarifs des services hospitaliers internes (*per diem*);
- Tarif journalier (*per diem*) à l'unité de soins intensifs;
- Tarif journalier pour le nouveau-né bien portant;
- Tarifs des transplantations très coûteuses – **Changement important**
(voir la section 4.1.4 du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé*);
- Tarifs des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches;
- Tarifs des dispositifs et des implants spéciaux;
- Tarifs des services hospitaliers externes – **Changement important**
(voir la section 4.2.1 du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé*).

Vous trouverez l'information relative aux nouveaux tarifs des services dans le manuel des [Ententes interprovinciales en assurance santé](#), disponible sous l'onglet *Manuel* de la section *Établissements du réseau de la santé*, sur le site de la RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

1 Tarifs journaliers des services hospitaliers internes

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par la voie de votre centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou de votre centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), vous a informé du ou des nouveaux tarifs journaliers alloués à votre établissement pour la facturation des services hospitaliers internes rendus à des résidents des autres provinces ou territoires du Canada.

Le tarif journalier des services à un nouveau-né bien portant est de **847 \$** à compter du **1^{er} avril 2019**. Le nouveau-né bien portant est défini comme le nouveau-né qui reçoit des soins liés à la série de codes de diagnostic Z38*** uniquement.

Le tarif journalier en salle commune ou aux soins intensifs peut être facturé dans le cas d'un nouveau-né malade et le tarif pour un nouveau-né bien portant ne peut être facturé en sus.

2 Changements importants

2.1 Facturation des transplantations très coûteuses

Les tarifs de transplantations très coûteuses ne sont plus des tarifs globaux qui couvrent l'ensemble des soins fournis au patient de son admission à son congé.

Pour les congés obtenus à partir du 1^{er} avril 2019, les frais relatifs à une transplantation coûteuse doivent être facturés ainsi :

- les services hospitaliers internes au tarif approprié (salle commune et soins intensifs);
- les frais d'acquisition;
- le tarif approprié pour la journée de la greffe (code de la série 100).

Veuillez consulter les sections 4.1.4 et 4.1.5 du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé* pour tous les détails et exemples.

2.2 Codification des services externes et ajout d'un service

Les codes de services externes ont été modifiés et les nouveaux codes devront être utilisés pour la facturation. Les descriptions complètes sont disponibles à la section 4.2 du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé*.

Description	Ancien code	Nouveau code
Consultation externe standard	01	51
Chirurgie d'un jour	02	52
Hémodialyse	03	53
Tomodensitométrie	04	54
Laboratoire et imagerie	05	55
Chimiothérapie	06	56

Description	Ancien code	Nouveau code
Thérapie à la cyclosporine	07	57
Lithotripsie extracorporelle	08	58
IRM	11	61
Radiothérapie	12	62
Implants	13	63
Procédés coûteux de laboratoire	15	65
Chimiothérapie coûteuse	16	66
Tomographie par émission de positrons- Tomodensitométrie (TEP-TDM)	S. O.	67

Les examens de TEP-TDM peuvent dorénavant être facturés pour certaines conditions cliniques spécifiques. Veuillez vous référer à la section *4.2.2 Règles pour la facturation des services de consultation externe* du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé* pour connaître les situations pour lesquelles la facturation est acceptée. **Pour les conditions n'apparaissant pas dans le manuel, l'établissement doit obtenir l'approbation préalable de la province du patient.**

Veuillez consulter les sections 4.2.1 et 4.2.2 du manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé* pour tous les détails et exemples.