

1^{er} avril 2021
002

- > 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

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 2021**.

Nous serons prêts à recevoir votre facturation à compter du 1^{er} avril 2021.

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;
- Tarifs des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches;
- Tarifs des dispositifs et des implants spéciaux;
- Tarifs des services hospitaliers externes **** Attention, changement important **** section 4.2.1 du manuel.

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 notre site, 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 **860 \$** à compter du **1^{er} avril 2021**. 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 Codification des services externes, remplacement du code de chirurgie d'un jour en 3 nouveaux codes et ajout d'un service

Les codes de services externes ont été modifiés. En effet, les anciens codes ne seront plus facturables pour le Québec et seuls les nouveaux pourront l'être. Notez que, tel que par le passé, les codes utilisés par le Québec continueront d'inclure certains honoraires professionnels.

De plus, l'ancien code de chirurgie d'un jour n'existe plus. Trois nouveaux codes de chirurgie d'un jour (68, 69 et 70) sont maintenant en place.

TARIFS EXTERNES

Description ¹	Ancien code	Nouveau code	Tarif (\$)
Consultation externe standard	01	51	322
Chirurgie d'un jour	02	52	
Hémodialyse	03	53	524
Tomodensitométrie	04	54	669
Laboratoire et imagerie	05	55	143
Chimiothérapie	06	56	(*)
Thérapie à la cyclosporine	07	57	(*)
Lithotripsie extracorporelle	08	57	1 360
IRM	11	61	616
Radiothérapie	12	62	566
Implants	13	63	(*)
Procédés coûteux de laboratoire	15	65	(*)

¹ Voir les descriptions complètes à la section 4.2.1 du manuel.

Description ¹	Ancien code	Nouveau code	Tarif (\$)
Chimiothérapie coûteuse	16	66	(*)
TEP-TDM ** nouveau **	---	67	1 223
Chirurgie d'un jour – Faible ** nouveau **	02	68	1 078
Chirurgie d'un jour – Moyen ** nouveau **	02	69	3 554
Chirurgie d'un jour – Élevé ** nouveau **	02	70	14 358

(*) Veuillez vous référer à l'entente.

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* pour connaître les situations admissibles. **Pour les conditions ne paraissant pas au 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.

3 Tarifs des dispositifs et des implants spéciaux au 1^{er} avril 2021

Les tarifs et les exemples de facturation des dispositifs et des implants spéciaux sont décrits aux sections 4.1.2 et 4.1.3 du manuel des [Ententes interprovinciales en assurance santé](#).

4 Tarifs des transplantations très coûteuses au 1^{er} avril 2021

Code de service	Description	Tarif (\$)
99	Acquisition d'organes au Canada	28 472
100	Acquisition d'organes hors du Canada : les coûts réels de l'acquisition hors du Canada peuvent être facturés. Une facture doit accompagner la demande de facturation réciproque.	
101	Cœur	21 527
102	Cœur et poumon	26 063
103	Poumon	19 236
104	Foie	15 123
106	Rein	8 659
108	Rein et Pancréas	11 396

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.

5 Tarifs des services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches au 1^{er} avril 2021

Code de service	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), y compris anticorps monoclonal		Coût facturé	Coût facturé
601	Greffe autologue chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)		32 870	---
602	Greffe autologue chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)		39 442	---
603	Greffe autologue chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	73 962	2 740
604	Greffe autologue chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	98 615	4 929
605	Greffe allogénique adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	170 201	2 926
606	Greffe allogénique chez l'enfant	25 jours	210 744	5 297
607	Greffe allogénique/adulte/patient DCNA	25 jours	205 448	2 926