

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

**MISE À JOUR : 25  
NOVEMBRE 2014**

**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

**- INTRODUCTION**

- Modification d'ordre administratif

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

**- PERSONNES ASSURÉES**

- Modification d'ordre administratif

**Pages :** [5](#), [6](#) et [8](#)

**- DEMANDE DE PAIEMENT**

- Modification d'ordre administratif

**Page :** [1](#)

**- PAIEMENT**

- Modification d'ordre administratif

**Page :** [1](#)

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Modification des tarifs

**Pages :** [1](#) à 5

**- MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS**

- Modification d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) à 3

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes :  
322 / 2014-03-14, 001 / 2014-04-01

## 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 978-2-550-48900-9

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** 

## INTRODUCTION

Le manuel des Ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers internes, vise à renseigner les établissements de santé du Québec sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

En vertu de cet accord, la Régie rembourse aux établissements les coûts des services internes rendus à des personnes assurées des autres provinces ou des territoires, selon les tarifs interprovinciaux.

À cet égard, ce manuel contient, notamment, les instructions relatives à la rédaction de la demande de paiement de services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

Lorsque le texte du manuel des Ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers internes, est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

#

### Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la **Régie vous recommande de consulter son site Web** (section [Professionnels](#)) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

À sa demande, l'établissement de la santé pourra recevoir gratuitement une version papier de ce manuel nécessaires à sa pratique. Les mises à jour papier de cette publication lui seront par la suite transmises régulièrement par la poste. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuel, formulaires et renseignements* du présent manuel.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute communication avec la Régie, veuillez consulter les coordonnées de la page suivante.

## COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

## # Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Ce guide est également disponible dans notre site Web. Les cartes santé sont reproduites en couleurs. Vous pouvez y accéder, en tout temps.

**Par courrier électronique :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

**Par téléphone :**

- Québec : 418 643-8210  
 - Montréal : 514 873-3480  
 - Ailleurs au Québec : 1 800 463-7763

**Par télécopieur :**

- Québec : 418 646-3492  
 - Montréal : 514 873-5951

**Par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec  
 Service de l'application des programmes Q039  
 Facturation interprovinciale  
 Case postale 6600  
 Québec (Québec) G1K 7T3

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

<b>Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ</b>
--

<b>MAJ</b>	= mise à jour
<b>XX</b>	= numéro séquentiel de la mise à jour papier
<b>MMMM 20AA</b>	= mois et année de la publication de la mise à jour
<b>ZZ</b>	= ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>99</b> indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);</li> <li>- <b>00</b> indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.</li> </ul>

**Remarque :** Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

# **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 Web de la Régie à [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

**Si vous désirez soumettre vos demandes de paiement sur le formulaire papier, suivez les instructions dans le présent guide.**

## COLOMBIE-BRITANNIQUE (suite)



## CARTE SANTÉ ET PERMIS DE CONDUIRE AVEC PHOTO

La carte santé régulière est en plastique sur fond blanc, avec une trame fond rouge et bleu. Dans la partie supérieure de la carte, il y a le drapeau de la Colombie-Britannique de couleur bleu. Les mots « Driver's Licence and Services Card » sont en blanc avec un contour bleu et « British Columbia CAN » sont en bleu. Dans la partie inférieure de la carte, il y a un soleil de couleur jaune. Les renseignements personnels sont inscrits à l'encre noire. La carte porte la photo de la personne assurée à gauche et la même photo miniaturisée en noir et blanc avec l'année de naissance à droite.

Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.



## CARTE SANTÉ AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais celle-ci est seulement pour la carte santé, donc dans la partie supérieure de la carte on retrouve seulement les mots « British Columbia Services Card ».

Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.

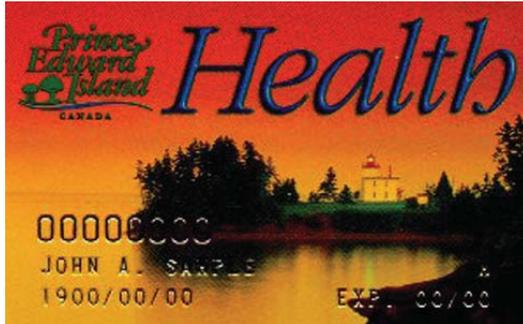


## CARTE SANTÉ SANS PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais il n'y a pas de photo. Il y a seulement un carré miniaturisée blanc avec l'année de naissance à droite. Cette carte est pour les enfants, les aînés et les immigrants temporaires.

Cette carte est valide pendant cinq ans à partir de la date d'émission.

## ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD



La carte santé de l'Île-du-Prince-Édouard est en plastique. Elle présente, sur fond orangé, un phare sur une presqu'île. La carte contient le numéro d'assurance maladie à huit chiffres, le nom, la date de naissance et le sexe de la personne assurée ainsi que la date d'expiration de la carte. L'année de la date d'expiration est indiquée par 4 chiffres.

Attention à la date d'expiration.

MANITOBA

Nouvelle carte :

NAME(S)/NOM(S)	REG. # #MM	Sexe	Birthdate Date de naissance	Coverage Start Date
			Day/Mo/Yr	Day/Mo/Yr
JOE SMITH 000 000 000	000000	M	18 05 62	01 06 00
MARY JANE SMITH 000 000 000		F	24 05 65	01 06 00
JOHN DOE SMITH 000 000 000		M	24 12 99	01 06 00
SUSAN SMITH 000 000 000		F	03 04 00	01 06 00
WILLIAM SMITH 000 000 000		M	03 04 00	01 06 00

#

La nouvelle carte comporte du texte imprimé (violet et rouge) sur fond blanc.

Dans une 1<sup>re</sup> section on y trouve :

- l'ancien numéro d'identification à 6 chiffres;
- le nom et le prénom du titulaire de la carte;
- l'adresse du résident manitobain.

Dans une 2<sup>e</sup> section, on y trouve :

- le numéro d'identification personnel à 9 chiffres des membres de la famille.
- le nom et prénom de chaque membre de la famille, y compris celui du titulaire;
- le sexe et la date de naissance de chaque personne;
- la date d'entrée en vigueur de la garantie.

Autres cartes :

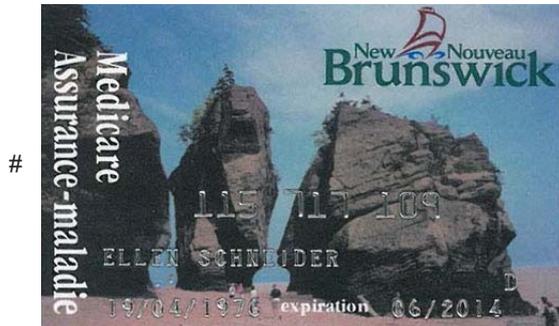
NAME(S)/NOM(S)	REG. # #MM	Sexe	Birthdate Date de naissance	Coverage Date
			Day/Mo/Yr	Day/Mo/Yr
JOE 000000000	000000	M	18 05 62	01 01 66
MARY JONES 000000000		F	24 05 65	01 06 00
JOHN DOE 000000000		M	24 12 94	01 06 00
SUSAN 000000000		F	16 07 92	01 06 00
WILLIAM 000000000		M	03 04 06	03 04 06

NAME(S)/NOM(S)	REG. # #MM	Sexe	Birthdate Date de naissance	Coverage Date
			Day/Mo/Yr	Day/Mo/Yr
JOHN 111 111 111	123456	M	04 62	01 04 62
BETTY 222 222 222		F	09 61	15 09 61
MARK 333 333 333		M	12 84	16 12 84

Dans les deux cartes, les renseignements sont les mêmes, seule la présentation est différente.

## NOUVEAU-BRUNSWICK

Nouvelle carte :



La carte santé est en plastique. On y retrouve :

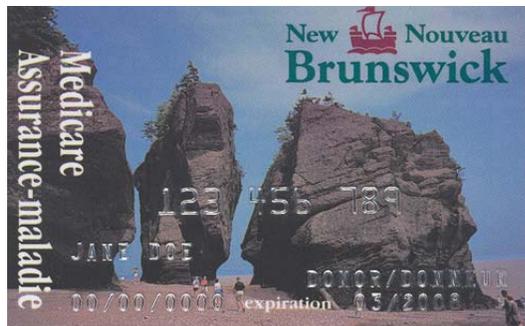
- un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell;
- le bateau inclus dans le logo du Nouveau-Brunswick a été changé;
- le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres;
- le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi que la date d'expiration;
- au verso, elle est munie d'une bande magnétique.

Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent.

Cette carte a une durée de validité de cinq ans, elle est la seule valide et remplace toutes les cartes émises précédemment.

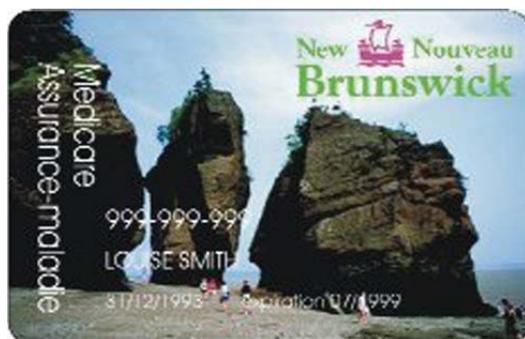
Attention à la date d'expiration.

Autres cartes :



Dans les deux cartes, les renseignements sont les mêmes, seule la présentation est différente.

Attention à la date d'expiration.

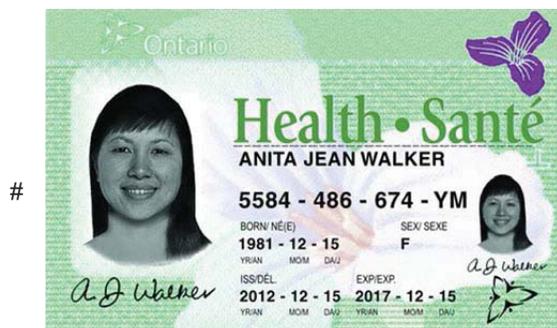




## ONTARIO

L'Ontario a présentement 5 modèles de carte en circulation.

Nouvelle carte :



La nouvelle carte est en plastique sur fond vert et blanc. On y trouve :

- le numéro d'assurance maladie à 10 chiffres suivi d'un code à 2 lettres;
- le nom, la date de naissance et le sexe de la personne assurée;
- les dates d'émission et d'expiration de la carte;
- deux photos en noir et blanc suivies chacune de la signature de la personne assurée, une photo primaire plus grosse et une miniaturisée;
- à droite, dans le coin supérieur, la fleur officielle de l'Ontario, la trille, plus grosse que celle inscrite dans le coin inférieur.

Attention à la date d'expiration.

Autres cartes :



## CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la nouvelle carte. La photo de gauche est en couleurs et la miniaturisée en ton de gris. Les logos sont présentés de façon différente.

Attention à la date d'expiration.

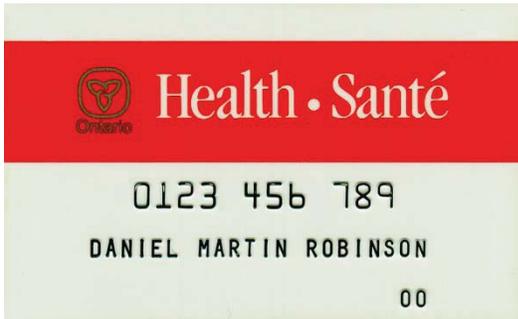


## CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la précédente. La seule différence est qu'il n'y a pas de photo miniaturisée. La photo est en couleurs.

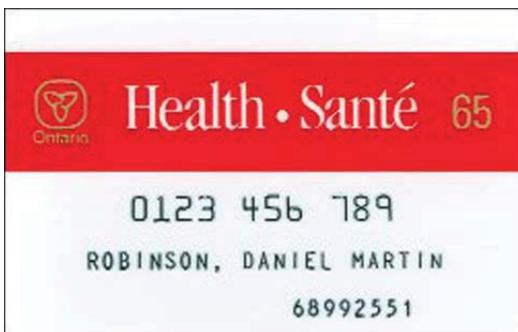
Attention à la date d'expiration.

ONTARIO (suite)



## CARTE ORIGINALE ROUGE ET BLANC

Une carte en plastique rouge et blanc portant le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 10 chiffres et, dans certains cas, un code à 2 caractères au bas, à droite.



## CARTE DES 65 ANS

Une carte en plastique rouge et blanc destinée aux personnes de 65 ans ou plus. Le nombre 65 apparaît à la suite des mots Health et Santé. Elle porte le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 10 chiffres et, dans certains cas, un code au bas à droite.

## SASKATCHEWAN

La carte santé de la Saskatchewan est en plastique. La partie supérieure est bleue et la partie inférieure est grise. Elle est traversée, au centre, par des rayures verte, jaune et blanche. On retrouve sur la carte le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres (Personal Health No.), le nom, le sexe, le mois et l'année de naissance de la personne assurée ainsi que les dates d'entrée en vigueur et d'expiration.



## CARTES ÉMISES EN 2005 OU AVANT

Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide de deux chiffres pour le mois suivis de deux chiffres pour l'année (mm aa) si elles ont été émises avant 2000.

Pour rester valides, les cartes doivent porter une vignette de validation portant la date du 31 décembre 2011 dans le coin supérieur droit.



## CARTES ÉMISES APRÈS 2005

Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

Le verso de la carte affiche une ligne pour la signature du détenteur de la carte, l'adresse et les numéros de téléphone des services administratifs de la santé.

**NOTE :** Il importe que les fournisseurs de services s'assurent que la carte n'est pas expirée. La date d'expiration est la date la plus tardive entre les suivantes :

- la date imprimée en relief sur la carte santé de plastique;
- la date sur la vignette de validation. La vignette de validation représente une liasse vert pâle sur fond vert foncé; le texte imprimé est noir et se lit comme suit : « RENEWED TO DEC. 31, 2011 »

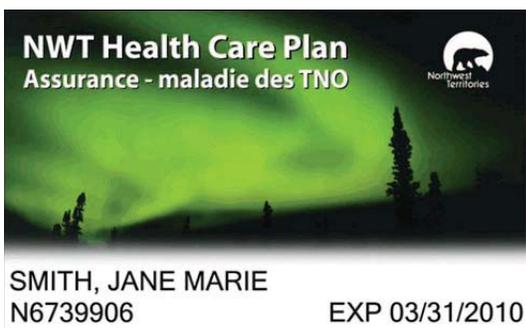
## TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



À compter d'avril 2008 et pour une durée de cinq ans, les cartes embossées à droite seront remplacées à expiration par les cartes imprimées au laser. Pendant cette période de migration, les deux types de carte seront valides. Les cartes contiennent le nom de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie à 12 chiffres, la date d'expiration, la date de naissance, le sexe et la date d'entrée en vigueur.

Attention à la date d'expiration.

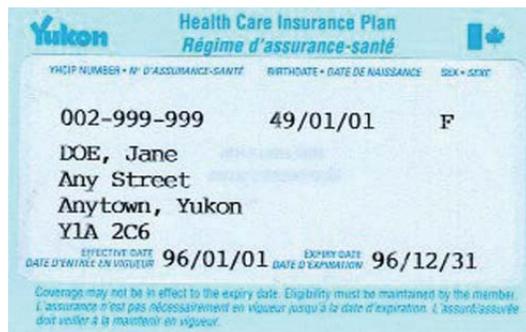
## TERRITOIRES DU NORD-OUEST



La carte santé des Territoires du Nord-Ouest est en papier et présente, comme trame de fond très pâle, un paysage nordique. Les lettres et les chiffres sont en noir. La carte contient le nom, l'adresse, la date de naissance et le sexe de la personne assurée, son numéro d'assurance maladie qui se compose d'une lettre et de 7 chiffres ainsi que les dates d'entrée en vigueur et d'expiration de la carte.

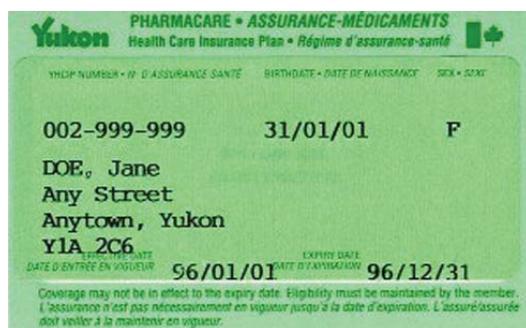
Attention à la date d'expiration.

## YUKON



Le Yukon a deux modèles de cartes santé en circulation. L'une est en plastique bleu. L'étiquette est bleu pâle. Les lettres et les chiffres sont bleu foncé. La carte contient le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres, le nom, l'adresse, la date de naissance et le sexe de la personne assurée, l'indication concernant le don d'organes ainsi que les dates d'entrée en vigueur et d'expiration de la carte.

Attention à la date d'expiration.



L'autre carte est verte. Elle est émise aux personnes de 65 ans ou plus inscrites au programme d'assurance des services pharmaceutiques (Pharmacare) et au programme de prestations complémentaires de santé (Extended Benefits). Les détenteurs de la carte verte ont droit aux prestations offertes aux aînés ainsi qu'aux services hospitaliers et aux services médicaux. La carte verte est émise également au conjoint ou à la conjointe si cette personne a 60 ans ou plus.

Attention à la date d'expiration.

### 3. DEMANDE DE PAIEMENT

**DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 3885) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire 3716)**

#### 3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* (3885) lorsque l'établissement demande le paiement de services internes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande de paiement permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation est requis pour respecter l'accord sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires.

#### Instructions générales :

- # - Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules;
- Inscrive les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrive le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence des personnes assurées;
- Remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Signer la demande de paiement;
- Faire signer la déclaration d'assurance hospitalisation par la personne assurée;
- L'établissement doit conserver, dans ses dossiers, l'adresse de chaque personne assurée traitée;
- Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

**Vous devez utiliser deux demandes de paiement distinctes lorsqu'il s'agit de deux périodes d'hospitalisation différentes.**

Pour une période d'hospitalisation continue, chaque demande de paiement doit comporter les données requises pour son évaluation.

**Une information incomplète peut entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.**

La Régie dispose d'un délai de 12 mois, à compter de la date des services, pour facturer la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. **Toutefois, pour que ce délai soit respecté, vos demandes de paiement doivent être reçues à la Régie au plus tard 10 mois après la date des services.**

À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de réclamer les coûts des services. Il n'a pas le droit, non plus, de réclamer au patient le paiement des services ni de recourir à une agence de recouvrement. Mais, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consultez la section 6.3 *Adresses de correspondance des provinces et des territoires*).

Il est recommandé à l'établissement de faire parvenir ses demandes de paiement à la Régie deux fois par mois.

**3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** (*formulaire 3885*)

La demande de paiement comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Détails de la demande;
4. Renseignements complémentaires;
5. Attestation de l'établissement.

## 4. PAIEMENT

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de virement bancaire (*dépôt direct*) ou de chèque émis à l'ordre de la corporation dont l'établissement fait partie. Un état de compte y est joint pour vérification.

L'établissement qui désire contester une décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles relatives à une demande de paiement réglée, doit obligatoirement le faire par le biais d'une demande de réévaluation. Il n'y a pas lieu de retourner le chèque à la Régie. L'ajustement sera fait lors d'un paiement ultérieur (voir section 4.4 Réévaluation).

De même, si une erreur dans la facturation des services internes a entraîné un montant payé en trop à la corporation, il faut demander la **réévaluation** du paiement, au lieu de retourner le chèque. La Régie procédera alors aux ajustements nécessaires lors d'un paiement ultérieur.

4.2 ÉTAT DE COMPTE

<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>				<b>ÉTAT DE COMPTE</b>			
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM Centre hospitalier de Québec		NUMÉRO D'IDENTIFICATION 12345	NUMÉRO DE CHEQUE 12345678	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-10-01	NUMÉRO DU PAIEMENT HU-22	DATE DE LA FACTURATION / /	PAGE 1 de 2
1	2	3	4	5	6	7	
CENTRE HOSPITALIER DE QUÉBEC 1125, GRANDE-ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 7T3							
8	SOMMAIRE						
PAIEMENTS ET RETENUES		NOMBRE		MONTANT			
-----							
PAIEMENTS							
9	SERVICES INTERNES					00,00	
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		00,00			
	REFACTURATION	0		0,00			
	SERVICES EXTERNES					0,00	
	DEMANDES DE PAIEMENT	0		0,00			
	REFACTURATION	0		0,00			
	PAIEMENT REÇU		10	11		0,00	
	TOTAL DES PAIEMENTS				12	0,00	
	RETENUES					13	
	SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION					0,00	
	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION					0,00	
	SOLDE REPORTÉ					0,00	
	TOTAL DES RETENUES					0,00	
	MONTANT NET					0,00	

SPÉCIMEN

HUP 001 4705 306 05/01

## 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 2014.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Transplantation (par cas)</b>	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application.	
+ 100	<b>Acquisition d'organes hors Canada</b>	
+	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'organes à l'extérieur du pays, moins 22 906 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.	
+	Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 22 906 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.	
+	La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque	
	<b>Greffe d'organes</b>	
+ 101	- cœur . . . . .	121 601,00
+ 102	- cœur et poumons . . . . .	171 749,00
+ 103	- poumons . . . . .	196 395,00
+ 104	- foie . . . . .	124 585,00
+ 106	- rein . . . . .	33 875,00
+ 108	- rein et pancréas . . . . .	41 736,00

**AVIS :** 1) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur de l'organe.  
2) 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.

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

# Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2014

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
<b>Implants spéciaux</b>		
+	Pour les implants spéciaux ajoutés à la liste dans la série du code 300, facturez le prix de la facture du dispositif plus le(s) tarif(s) journalier(s) autorisé(s) de l'hôpital pour tous les jours du séjour associés à l'hospitalisation. La facture pour le dispositif doit être fournie à la province ou au territoire d'origine du patient avec la réclamation.	
310	- implant cochléaire . . . . .	*
311	- stimulateur cardiaque . . . . .	*
+ 312	- valve aortique . . . . .	*
+ 313	- dispositif d'assistance ventriculaire . . . . .	*

**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 2014

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Tarif journalier pour nouveau-nés :</b>	
401	- Soins de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé
+ 402	- Soins d'un nouveau-né bien portant. . . . . (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique	408,00
405	- Soins intensifs de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé

## 5.1.3 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 2014.\*

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) incluant anticorps monoclonal . . . . .	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Grefe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	26 445,00	---
+ 602	Grefe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	31 733,00	---
+ 603	Grefe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .	16 jours	59 502,00	2 204,00
+ 604	Grefe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .	13 jours	79 337,00	3 965,00
+ 605	Grefe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA) . . . . .	25 jours	136 930,00	2 353,00
+ 606	Grefe allogénique – chez l'enfant . . . . .	25 jours	169 546,00	4 262,00
+ 607	Grefe allogénique / adulte / patient DCNA . . . . .	25 jours	165 287,00	2 353,00

**Veillez vous référer aux règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe).**

\* En vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 2014 ou après cette date.

**5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)**

1. Toute hospitalisation distincte (p. ex. pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation ou la réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
  2. Chaque visite d'un patient externe distincte d'une hospitalisation liée à l'intervention très coûteuse peut être facturée au tarif interprovincial autorisé pour les consultations externes.
  3. L'approvisionnement comprend tous les frais associés à l'acquisition, à l'entreposage, à l'expédition et à la viabilité de l'organe à transplanter ainsi que les frais médicaux et hospitaliers liés à la conservation du donneur.
  4. Dans tous les cas, la province ou le territoire de résidence du receveur doit assumer les frais associés à l'acquisition d'organes au pays ou hors du Canada.
  5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, ainsi que le coût de l'approvisionnement au pays.
  6. Le tarif des codes 106 et 108 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, mais non le coût de l'approvisionnement au pays. L'administration qui fournit les soins peut facturer les frais d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
  7. Acquisition d'organes hors du Canada : lorsqu'un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province ou au territoire de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104), plus les frais d'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 22 906 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 22 906 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
  8. 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.
  9. Aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un cœur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un cœur naturel.
  10. 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, comme indiqué précédemment.
- + 11. Implantation d'une valve aortique xéno greffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter.
- Les codes applicables de la CCI pour 2014-2015 sont les suivants :
- 1.HV.90.GP-XX-L Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale (artérielle) (rétrograde) percutanée
  - 1.HV.90.GR-XX-L Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale transseptale percutanée
  - 1.HV.90.ST-XX-L Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche ouverte avec technique à cœur battant [transventriculaire].
- Remarque :** Le personnel des classifications et terminologies de l'ICIS a avisé Santé Canada que le CCEIAS a approuvé pour les codes de la CCI, le code du service 312 : valve aortique; ce code est le mieux adapté afin de décrire cette intervention et de confirmer une concordance de catégorie 1 (meilleur ajustement). La classification de la CCI est conçue pour catégoriser les interventions pour fins d'analyse et il n'est pas toujours possible de définir une intervention de manière unique.
- + 12. Les dispositifs d'aide ventriculaire (DAV) comprennent la pompe mécanique (sous toutes formes : externe, implantée ou paracorporelle), la trousse d'implantation, le contrôleur externe et son circuit de secours, la source d'alimentation principale CA avec les câbles pour le patient, les piles, les chargeurs, adaptateur CC pour l'auto, le moniteur pour communiquer les renseignements sur les fonctions du DAV et pour permettre de modifier les réglages du contrôleur DAV, et l'équipement nécessaire notamment les canules et les circuits propres au dispositif, le Doppler pour la circulation sanguine, le trousse étanche.

**5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES**

1. Tout séjour en milieu hospitalier distinct d'une hospitalisation aux fins d'une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au tarif quotidien autorisé de l'hôpital.
2. Toute consultation externe sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
3. Chaque tarif monolithique comprend tous les frais d'établissement associés à une greffe unique, notamment les frais d'hospitalisation et de diagnostic. Aux fins du calcul du séjour maximal, le séjour en milieu hospitalier comprend la date de l'admission, mais pas la date de la sortie.
4. Le tarif quotidien majoré et normalisé peut être appliqué pour les journées d'hospitalisation qui dépassent le séjour maximal prévu au cours de la période d'hospitalisation où la greffe a été pratiquée.
5. Frais d'acquisition
  - a) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, les coûts sont compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition.
  - b) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût facturé et payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province d'origine du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsque les patients quittent l'hôpital dans les 72 heures suivant la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a dispensé le service de transplantation au tarif prévu dans les cas où les congés sont obtenus dans les 72 heures (adulte ou enfant).
7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Les personnes qui obtiennent leur congé et qui présentent des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent être hospitalisées de nouveau au tarif quotidien autorisé de l'hôpital et non au tarif quotidien majoré et normalisé.
9. Toute nouvelle hospitalisation du même patient aux fins d'une nouvelle greffe sera considérée comme un nouveau cas et sera facturable conformément aux présentes règles.
10. Sauf en ce qui concerne les frais d'acquisition évoqués au paragraphe 5b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de la moelle osseuse et des cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. L'attribution d'un code de diagnostic est obligatoire et doit indiquer la principale raison justifiant la greffe ou le diagnostic définitif posé à l'égard du greffé.
12. Les greffes de moelle osseuse ou de cellules souches pratiquées dans le cadre d'essais cliniques ou à l'égard d'affections dont le traitement est encore jugé au stade expérimental ne sont pas admissibles à la facturation réciproque.

## 6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

### 6.1 MANUEL

#### 6.1.1 MANUEL SUR INTERNET

- # Le manuel destiné aux établissements de la santé est mis à jour régulièrement et disponible sur le site Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

#### 6.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande de l'établissement de la santé, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour seront transmises par la poste une fois l'an.

- # Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique\* *Demande de manuel ou de brochure papier* (2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

L'établissement de la santé peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

### 6.2 FORMULAIRES

#### 6.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

- # La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

#### 6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, l'établissement de la santé utilisant la demande de paiement (3885), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1<sup>er</sup> avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable.

#### 6.2.3 COMMANDE

- # Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique\* *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.

Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

### 6.3 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

- # 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 Web de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

- # \* Certaines fonctionnalités du formulaire dynamique ne sont pas utilisables qu'avec le navigateur MS Internet Explorer (version 8 et plus). Si vous utilisez un autre navigateur Web, enregistrez le formulaire sur votre ordinateur et ensuite ouvrez-le avec le logiciel Adobe Reader.

## 6.4 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 Medical Care Plan 22 High Street P. O. Box 5000 Grand Falls - Windsor, (Terre-Neuve et Labrador) A2A 2Y4 Téléphone : 709 292-4000
# Ile-du-Prince-Édouard	Health PEI Medicare Division 35 Douses Road P. O. Box 3000 Montague (Ile-du-Prince-Edouard) C0A 1R0 Téléphone : 902 838-0931
# Nouvelle-Écosse	Medical Services Insurance P. O. Box 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1 Téléphone : 902 468-9700
# Nouveau-Brunswick	Oop-Réclamations médicales Ministère de la santé et du mieux-être Case postale 5100 Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 457-6949
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 Appel sans frais : 1 800 561-9749
# Ontario	Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services hospitaliers) MacDonald-Cartier Building Financial Management Branch 2 <sup>nd</sup> floor 49 Place D'Armes Kingston (Ontario) K7L 5J3 Téléphone : 613 548-6600  Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services médicaux) Claims processing 700-75 Albert Street Ottawa (Ontario) K1P 5Y9 Téléphone : 613 237-9100
# Manitoba	Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7303 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (poste 7303)
# Saskatchewan	Saskatchewan Health T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : 306 787-3442

**RÉGIMES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX  
D'ASSURANCE HOSPITALISATION**

<b>PROVINCES / TERRITOIRES</b>	<b>ADRESSES</b>
# <b>Alberta</b>	Adresse principale : <b>Edmonton</b> Alberta Health 10025 Jasper Avenue P. O. Box 1360 Stn Main Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 422-1954
# <b>Colombie-Britannique</b>	Medical Services Plan P. O. Box 9480 Stn Prov Govt Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E7 Téléphone : 604 456-6950 Fax : 250 405-3588
# <b>Yukon</b>	Health Services P. O. Box : 2703, H-2 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone : 867 667-5209
# <b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Department of Health and Social Services Health Services Administration 2 <sup>nd</sup> Floor, IDC Building Bag Service #9 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0 Appel sans frais : 1 800 661-0830
# <b>Nunavut</b>	Health Insurance Programs Department of Health and Social Services Government of Nunavut P. O. Box 889 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0 Téléphone : 867 645-8001 Appel sans frais : 1 800 661-0833