



ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE SANTÉ

Services hospitaliers
internes et externes

Avril 2018

Table des matières

Introduction	1
1 Personnes assurées	1
1.1 Personnes visées par l'accord	1
1.2 Personnes exclues de l'accord	1
1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie	2
2 Services	1
2.1 Services couverts en vertu de l'accord	1
2.1.1 Services internes	1
2.1.2 Services externes.....	2
2.2 Services exclus de l'accord.....	3
3 Demandes de paiement	1
3.1 Services internes	3
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).....	3
3.1.2 Description du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716).....	12
3.1.3 Expédition.....	17
3.1.4 Services en ligne	18
3.2 Services externes	19
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)	19
3.2.2 Expédition.....	24
3.2.3 Services en ligne	24
4 Tarifs interprovinciaux	1
4.1 Tarifs et règles – Services internes.....	2
4.1.1 Tarif journalier	2
4.1.2 Implants spéciaux	3
4.1.3 Définitions des implants spéciaux	4
4.1.4 Facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses	13
4.1.5 Règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe).....	14
4.1.6 Tarifs de la facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches	15
4.1.7 Règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches.....	15
4.2 Tarifs et règles – Services externes.....	17
4.2.1 Tarifs pour la facturation interprovinciale des services hospitaliers externes	17
4.2.2 Règles pour la facturation des services de consultation externe.....	18

Ententes interprovinciales en assurance santé

Table des matières

5 Paiement	1
5.1 Mode de paiement	1
5.2 État de compte.....	2
5.2.1 Description	3
5.3 Retard de paiement	6
5.4 Réévaluation	6
6 Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements	1
6.1 Manuel 1	
6.1.1 Manuel sur Internet	1
6.2 Formulaires	1
6.2.1 Formulaires sur Internet.....	1
6.3 Demande de renseignements.....	2
6.4 Adresse de correspondance des provinces et des territoires.....	3

Introduction

Le manuel des *Ententes interprovinciales en assurance santé* 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 et externes 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 le coût des services internes et externes 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 assurés rendus 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* est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées.

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 la section [Professionnels](#) de son site Web pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et les modalités de facturation.

Vous y trouverez de l'information et des 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 plus encore.

L'établissement de la santé pourra en tout temps consulter les mises à jour sur le site Web.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique aux coordonnées de la page suivante.

Coordonnées des services à la clientèle

Par le site Web :

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

Ce manuel 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

Par téléphone

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Par télécopieur

- Québec : 418 646-3492

Par la poste

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
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 nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca pour connaître les modalités d'inscription et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Demande d'accès aux services en ligne

Pour vous inscrire aux services en ligne ou pour toute demande de renseignements concernant l'application en ligne, vous pouvez communiquer avec la Régie aux coordonnées suivantes :

Par courriel

- sel.dphgat@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone

- 418 682-5142

Par courrier

Support aux services en ligne
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour soumettre vos demandes de paiement sur le formulaire papier, suivez les instructions dans le présent manuel.

1 Personnes assurées

1.1 Personnes visées par l'accord

L'accord sur la facturation des services internes et externes entre les provinces et les territoires vise tous les résidents canadiens qui reçoivent des services hospitaliers internes ou externes dans un établissement situé hors de leur province ou de leur territoire de résidence et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

La carte santé de la province ou du territoire de résidence de la personne constitue cette preuve (voir la section [1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie](#)).

Il peut arriver que la carte santé soit remplacée par une attestation émise par la province ou le territoire.

L'établissement doit s'assurer que la carte santé présentée **n'est pas expirée**, si une date d'expiration y paraît.

Lorsque la personne est admise, elle doit également signer la déclaration de participation à un régime d'assurance hospitalisation ([Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716)).

Les résidents canadiens qui reçoivent des services et qui ne présentent pas de carte santé valide ou qui ne peuvent pas faire la preuve de leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie **doivent payer le coût des services**.

1.2 Personnes exclues de l'accord

Les personnes exclues de l'accord sont :

- les personnes non domiciliées au Canada;
- les personnes qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

Dans ces cas, les services rendus doivent être facturés au patient.

Ententes interprovinciales en assurance santé

1. Personnes assurées

1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie

La carte santé de la province ou du territoire de résidence (ou l'attestation émise par la province ou le territoire) constitue cette preuve. Vous avez accès à l'[affiche des cartes santé](#) en format imprimable sur le site Web de la Régie.

Valid Insured Health Services Plan Cards for Reciprocal Billing Cartes valides des régimes de soins de santé assurés pour la facturation réciproque

Première partie



Deuxième partie

The image displays 16 sample health insurance cards from various Canadian provinces and territories. The cards are arranged in a 4x4 grid. Each card includes personal information such as the holder's name, address, health number, and expiry date. The cards are from Manitoba, Alberta, British Columbia, Yukon, Northwest Territories, and Nunavut. Some cards also include a photo and a signature. The cards are labeled as 'SAMPLE' or 'TEST CARD'.

Province/Territory	Name	Health Number	Expiry Date
Manitoba	JOE SMITH	000000	000000
Alberta	John Doe	12345-0000	0000/00/00
Alberta	JOHN DOE	12345-0000	yyyy/mm/dd
Alberta	John Doe	12345-0000	0000/00/00
British Columbia	Sample	9876 543 217	2017-Nov-30
British Columbia	Sample	9876 543 216	2017-Nov-30
British Columbia	Sample	9876 543 214	2017-Nov-30
Yukon	DOE, Jane	002-999-999	31/01/01
Yukon	DOE, Jane	002-999-999	31/01/01
Yukon	DOE, Jane	002-999-999	31/01/01
Yukon	DOE, Jane	002-999-999	31/01/01
NWT	SMITH, JANE MARIE	N6739906	EXP 03/31/2016
NWT	SMITH, JANE MARIE	N6739906	EXP 03/31/2016
NWT	SMITH, JANE MARIE	N6739906	EXP 03/31/2016
NWT	SMITH, JANE MARIE	N6739906	EXP 03/31/2016
Nunavut	RESIDENT	173387263	Expiry: 28-Feb-2017
Nunavut	RESIDENT	173387263	Expiry: 28-Feb-2017
Nunavut	RESIDENT	173387263	Expiry: 28-Feb-2017
Nunavut	RESIDENT	173387263	Expiry: 28-Feb-2017

Interprovincial Health Insurance Agreements Coordinating Committee - February 2018
Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé - Février 2018

2 Services

2.1 Services couverts en vertu de l'accord

2.1.1 Services internes

Les services couverts en vertu de l'accord sont les suivants :

Les frais d'hospitalisation en salle pour des soins :

1. de courte durée;
2. à un nouveau-né bien portant.

Les interventions coûteuses ayant un tarif global :

- transplantations : Acquisition d'organes hors Canada;
Greffes d'organes :
 - cœur,
 - cœur-poumons,
 - poumons,
 - foie,
 - moelle osseuse et cellules souches,
 - rein (enfant ou adulte),
 - rein et pancréas;

Les dispositifs et implants spéciaux :

- implants cochléaires;
- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- valves aortiques;
- dispositif d'assistance ventriculaire;
- aorte abdominale;
- crâne : vis, fils, mailles et plaques pour libération/réparation;
- thalamus et noyaux gris centraux : implantation d'électrodes;
- prothèse du genou;
- tiges, greffes et vis pour fixation/fusion des vertèbres;
- prothèse de la hanche;
- prothèse de l'épaule;
- implantation d'endoprothèse;
- implantation d'endoprothèse extensible;
- implantation transcathéter de valve pulmonaire.

2.1.2 Services externes

Les services couverts en vertu de l'accord sont les suivants :

- La consultation externe (à l'exception des services désignés spécifiquement à la section [2.2 Services exclus de l'accord](#));
- La chirurgie d'un jour;
- L'hémodialyse;
- La tomographie avec ordinateur
- Les procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui n'est inclus dans aucun autre code de service;
- Les médicaments pour la chimiothérapie et la visite;
- La thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- La lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO);
- L'imagerie par résonance magnétique (comprenant les services du radiologiste);
- Les services de radiothérapie;
- Les stimulateurs cardiaques, les défibrillateurs, les interventions coronariennes avec pose d'endoprothèse/spirale endovasculaire, les implants cochléaires;
- Les procédures coûteuses pour les services de laboratoire (excluant 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 rendus selon les règles et le tarif interprovincial en vigueur.

2.2 Services exclus de l'accord

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- La chirurgie esthétique;
- La chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- La fécondation in vitro et l'insémination artificielle;
- La lithotripsie pour lithiases vésiculaires;
- Le changement de sexe;
- Les examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;
- Le traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
- L'acupuncture, l'acupressure, l'électrostimulation transcutanée, la moxibustion, la bioréaction (biofeedback), l'hypnothérapie;
- Les services assurés par d'autres organismes : Forces armées canadiennes, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), Anciens Combattants Canada, Service correctionnel Canada (pénitenciers fédéraux);
- Les services fournis à la demande d'un tiers;
- La conférence d'équipe;
- Le dépistage génétique et les autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN;
- Les interventions qui demeurent au stade expérimental du développement ou de la recherche clinique;
- La télémédecine;
- Les tomographes par émission de positrons et scalpel gamma;
- Les services d'anesthésie et les services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.
- Les autres services exclus sont :
 - Les 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);
 - Les soins à domicile;
 - Les services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste.
Note : Un service dentaire rendu par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu.
 - Les frais d'hébergement.

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 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 [6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires](#)).

3 Demandes de paiement

Pour la facturation de **services internes**, vous devez remplir ces deux formulaires :

- [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d’une autre province ou d’un territoire](#) (3885) → **À transmettre à la Régie**
- [Déclaration d’assurance hospitalisation](#) (3716) → **À conserver dans les dossiers de l’établissement**

Pour la facturation de **services externes**, vous devez remplir ce formulaire :

- [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d’une autre province ou d’un territoire](#) (2597) → **À transmettre à la Régie**

Avant-propos

Cette section a pour but d’expliquer la façon de remplir les formulaires [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d’une autre province ou d’un territoire](#) (3885) et [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d’une autre province ou d’un territoire](#) (2597) lorsque l’établissement demande à la Régie le paiement de services rendus à une personne assurée d’une autre province ou d’un territoire.

Les renseignements demandés sur la demande de paiement permettent à la Régie de facturer adéquatement les services rendus à la personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence. Le formulaire [Déclaration d’assurance hospitalisation](#) (3716) 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;
- Incrire les dates selon le système international, c’est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Incrire le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence de la personne assurée;
- 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 le formulaire [Déclaration d’assurance hospitalisation](#) (3716) par la personne assurée.

L’établissement doit conserver dans ses dossiers l’adresse permanente complète de la personne dans sa province de résidence.

Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

Si plus d’un service externe est rendu au cours d’une même séance, seul le service le mieux rémunéré doit être facturé.

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

Ententes interprovinciales en assurance santé

3. Demandes 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 service ou de la demande de paiement.

Délai

La Régie dispose d'un délai de 12 mois, à compter de la date des services, pour facturer les services rendus à la personne assurée à sa province ou à son territoire de résidence. **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 demander le remboursement des coûts pour les services rendus. Il n'a pas le droit non plus de facturer au patient les services rendus ni de recourir à une agence de recouvrement. Toutefois, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consulter la section [6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires](#)).

3.1.1.1 Rédaction de la demande de paiement

1. Établissement (section 1)

Numéro de contrôle externe

- 1) Le numéro de contrôle externe sert à retracer la demande de paiement sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir la section [5.2 État de compte](#)).
- 2) Vous devez inscrire un numéro de contrôle externe de votre choix (champ alphanumérique avec une possibilité de 15 caractères).
- 3) Vous devez utiliser un numéro de contrôle externe différent pour chaque demande de paiement.

Code de l'établissement : Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrire la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrire le code postal de votre établissement.

EXEMPLE

	Demande de paiement Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE
1- Établissement ^①	Numéro de contrôle externe 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E	
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT 5 4 3 2 1	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT Centre hospitalier fictif	
ADRESSE (numéro, rue, localité) 333, rue des Convalescents	PROVINCE Québec	CODE POSTAL G 0 A 0 T 0

2. Patient (section 2)

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.

Note : Pour les nouveau-nés de l’Ontario, il est obligatoire de facturer avec le numéro de la carte santé du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le numéro de la carte santé du bébé, facturer les services internes fournis aux parents.

S’assurer que la carte est valide en vérifiant la date d’expiration.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Inscrire les nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d’inscrire cette information en lettres majuscules.

Date d’expiration de la carte : Inscrire la date d’expiration de la carte santé, s’il y a lieu.

Province qui a délivré la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

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

Sexe : Inscrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Nouveau-né : Cocher cette case s’il s’agit d’un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé.

Adresse : Inscrire l’adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Code postal : Inscrire le code postal correspondant à l’adresse permanente de la personne assurée.

EXEMPLE

2- Patient 2																
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »					NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	TREMBLAY JEAN							
DATE D’EXPIRATION DE LA CARTE			PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE		DATE DE NAISSANCE			SEXE								
ANNÉE	MOIS	JOUR			ANNÉE	MOIS	JOUR	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F							
2	0	2	0	1	2	3	1	Nouveau-Né <input type="checkbox"/>	1	9	8	0	1	1	0	1
ADRESSE (numéro, rue, localité)																
123, rue du Patient, Ville du Patient																
CODE POSTAL																
E 3 B 0 T 0																

3. Détails de la demande (section 3)

Date d’admission : Inscrire la date d’admission dans l’établissement.

Date de congé : Inscrire la date de sortie de l’établissement.

Genre de séjour : Inscrire s’il s’agit d’un séjour continu = **C**, non continu = **N**, ou encore s’il s’agit d’un transfert entre deux établissements = **T**.

Accident : Inscrire le code correspondant au type d’accident, s’il y a lieu : **T** = Travail; **A** = Auto; **D** = Autres.

Décès : Cocher si la personne assurée est décédée lors de l’hospitalisation.

Code de diagnostic : Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10). Il est possible d’inscrire jusqu’à 3 codes de diagnostic.

Ententes interprovinciales en assurance santé
 3. Demandes de paiement – 3.1 Services internes

Code d'intervention : Inscrire le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

Attribut d'intervention : Inscrire l'attribut dans la case prévue à cette fin lorsque le code d'intervention le prévoit.

Date de l'intervention ou de début de facturation : Inscrire la première date d'hospitalisation.

Date de fin de facturation : Inscrire la dernière date d'hospitalisation.

Si une personne assurée est hospitalisée une seule journée (ex. : le 2017-08-22), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

- DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : 2017-08-22
- DATE DE FIN DE FACTURATION : 2017-08-22

Code de service : Inscrire le code (3 chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section [3.1.1.2 Instructions et exemples de facturation – Section 3 du formulaire 3885](#).

Série 100 – transplantation

Série 300 – implants

Série 400 – tarif journalier (per diem)

Série 600 – services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Tarif journalier : Inscrire le tarif journalier.

Nombre de jours : Inscrire le nombre de jours pour ce service.

Total : Inscrire le montant total. Lorsqu'il y a un changement au tarif journalier, utiliser des lignes différentes en inscrivant le montant facturé et le tarif journalier sur chacune des lignes.

EXEMPLE

3- Détails de la demande 3																													
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS														
2 0 1 7 0 3 2 0			2	0	1	2 0 1 7 0 4 1 5			2	0	1	N	<input checked="" type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>														
CODE DE DIAGNOSTIC						I 3 1 2			I 3 2 8																				
CODE D'INTERVENTION						1 H B 5 3 L A J A																							
ATTRIBUT D'INTERVENTION						SITUATION		LIEU		ÉTENDUE		SITUATION		LIEU		ÉTENDUE													
						R				A T																			
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER			NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ																		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR																								
2	0	1	7	0	3	2	0	1	7	0	3	3	1	401	1	0	0	0	0	0	12	1	2	0	0	0	0	0	
2	0	1	7	0	4	0	1	2	0	1	7	0	4	401	1	1	0	0	0	0	14	1	5	4	0	0	0	0	
											TOTAL		2 7 4 0 0 0 0																

4. Renseignements complémentaires (section 4)

Inscrire les renseignements supplémentaires, s'il y a lieu (ex. : intervention coûteuse).

EXEMPLE

4- Renseignements complémentaires ④

Frais d'acquisition de cellules souches à l'étranger.

5. Attestation de l'établissement (section 5)

Nom et prénom de la personne autorisée : Inscrire en lettres majuscules le nom et le prénom de la personne autorisée.

Signature de la personne autorisée : Signer la demande. La signature de la personne autorisée est obligatoire.

Date : Inscrire la date de la signature de la personne autorisée.

EXEMPLE

5- Attestation de l'établissement ⑤

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée PAUL UNTEL
(LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée *Paul Untel*

DATE			
ANNÉE	MOIS	JOUR	
2017	05	1	0

3.1.1.2 Instructions et exemples de facturation – Section 3 du formulaire 3885

1. Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)

Lorsque l'hospitalisation d'une personne assurée s'étend sur une longue période (ex. : plus d'un mois), les frais d'hospitalisation peuvent être demandés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

Vous devez fournir à la Régie les informations sur l'état de la personne pour justifier une hospitalisation de plus de 30 jours. La mise à jour sur l'état du patient doit ensuite être fournie tous les 30 jours, soit au 60^e jour et au 90^e jour.

EXEMPLE (1^{re} demande de paiement)

3- Détails de la demande (3)																			
DATE D'ADMISSION			DATE DE CONGÉ			GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS										
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>										
2	0	1	7	0	5	0	1												
CODE DE DIAGNOSTIC																			
F 0 1 1																			
CODE D'INTERVENTION																			
1 L A 8 4 L A X X Q																			
ATTRIBUT D'INTERVENTION																			
S																			
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ										
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR														
2	0	1	7	0	5	4	1	1	0	0	0	31	3	4	1	0	0	0	0
TOTAL												3	4	1	0	0	0	0	

EXEMPLE (2^e demande de paiement)

3- Détails de la demande (3)																			
DATE D'ADMISSION			DATE DE CONGÉ			GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS										
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>										
2	0	1	7	0	5	0	1												
CODE DE DIAGNOSTIC																			
F 0 1 1																			
CODE D'INTERVENTION																			
1 L A 8 4 L A X X Q																			
ATTRIBUT D'INTERVENTION																			
S																			
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ										
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR														
2	0	1	7	0	6	4	1	1	0	0	0	24	2	6	4	0	0	0	0
TOTAL												2	6	4	0	0	0	0	

2. Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)

Lorsqu'une intervention chirurgicale très coûteuse (code de la série 100 « transplantation ») est facturée, vous devez inscrire le code numérique qui correspond à l'intervention dans la case CODE DE SERVICE et le montant dans la case MONTANT FACTURÉ.

Vous devez inscrire la date de fin de toute la période couvrant la transplantation dans la case DATE DE FIN DE FACTURATION.

- Remarques :**
- 1) Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province de résidence du donneur.
 - 2) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province de résidence du receveur de l'organe.
 - 3) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que les frais de transport sont des services assurés par la province de résidence 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.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION

EXEMPLE

3- Détails de la demande 3																	
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS		
2 0 1 7 0 4 0 1			2	0	1	2 0 1 7 0 5 2 9			2	0	1	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
CODE DE DIAGNOSTIC																	
Z 9 4 1																	
CODE D'INTERVENTION																	
1 H Z 8 5 L A X X K																	
ATTRIBUT D'INTERVENTION																	
			SITUATION	LIEU	ÉTENDUE				SITUATION	LIEU	ÉTENDUE				SITUATION	LIEU	ÉTENDUE
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE			TARIF JOURNALIER			NOMBRE DE JOURS		MONTANT FACTURE			
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	101								1 1 5 4 1 6 0 0			
2	0	1	7	0	4	2 8											
												TOTAL		1 1 5 4 1 6 0 0			

Ententes interprovinciales en assurance santé
 3. Demandes de paiement – 3.1 Services internes

3. Implants spéciaux

Les implants spéciaux dont le coût total s'élève à 2 000 \$ et plus doivent être facturés selon le prix d'acquisition plus le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Vous devez annexer la facture qui justifie le prix de l'implant à la demande de paiement. L'implant doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Vous devez inscrire la date de l'intervention dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, le code numérique correspondant à l'implant dans la case CODE DE SERVICE et le prix de l'implant dans la case MONTANT FACTURÉ.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : implants

EXEMPLE

3- Détails de la demande 3

DATE D'ADMISSION		ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ		ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS				
		2	0	1			2	0	1	0	5	2	1	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CODE DE DIAGNOSTIC																	
H 9 1 2																	
CODE D'INTERVENTION																	
1 D M 5 3 L A L K																	
ATTRIBUT D'INTERVENTION																	
SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE		
			L														

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ																					
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR																									
2	0	1	7	0	5	0	1	2	0	1	7	0	5	2	0	401	1	1	0	0	0	0	20	2	2	0	0	0	0	
2	0	1	7	0	5	0	2									310														
TOTAL																														

4. Greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Le tarif de la greffe de moelle osseuse et des cellules souches de la série des codes 600 remplace le tarif journalier d'hospitalisation.

Lorsque le coût du séjour est supérieur au coût du séjour maximal, le tarif quotidien majoré est ajouté pour chaque jour au-delà du séjour maximal. Dans ce cas, une nouvelle ligne de service doit être utilisée pour facturer cette période.

Veuillez inscrire la date de l'intervention dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de fin de la facturation dans la case DATE DE FIN FACTURATION, le code numérique correspondant à l'intervention dans la case CODE DE SERVICE, le tarif journalier en fonction du code de l'intervention dans la case TARIF JOURNALIER, et le tarif de l'intervention ou le montant facturé dans la case MONTANT FACTURÉ.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 600 : greffe de moelle osseuse et de cellules souches

EXEMPLE

3- Détails de la demande 3																	
DATE D'ADMISSION			ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ			ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS		
2 0 1 7 0 4 0 1			2	0	1	2 0 1 7 0 4 2 9			2	0	1	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
CODE DE DIAGNOSTIC																	
C 8 1 0																	
CODE D'INTERVENTION																	
1 W Y 1 9 H H X X A																	
ATTRIBUT D'INTERVENTION																	
SITUATION			LIEU			ÉTENDUE			SITUATION			LIEU			ÉTENDUE		
M 1																	
DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION			DATE DE FIN DE FACTURATION			CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ								
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR												
2 0 1 7	0 4	0 1	2 0 1 7	0 4	1 6	603		16	6 5 1 4 5 0 0								
2 0 1 7	0 4	1 7	2 0 1 7	0 4	2 8	603	2 4 1 3 0 0	12	2 8 9 5 6 0 0								
								TOTAL	9 4 1 0 1 0 0								

3.1.2 Description du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716)

Le formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716) doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Résidence temporaire au Québec;
4. Déménagement permanent au Québec;
5. Déclaration du patient ou de son représentant.

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
Établissement ① Code de l'établissement _____ Nom de l'établissement _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____		Numéro de contrôle externe/External control number _____	
Adresse (numéro, rue, localité) _____		CODE POSTAL _____			
Patient ② Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » / HEALTH CARD NUMBER _____		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules / Last name and first name of insured person, in block letters _____		Numéro de téléphone / Phone Number _____	
Date de naissance - Birth date ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte / Province that issued card _____	
Date d'entrée en vigueur de la carte / Effective date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		Date d'expiration de la carte / Expiry date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____		Province _____		CODE POSTAL / POSTAL CODE _____	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec ③					
Adresse (numéro, rue, localité) / Address (number, street, locality) _____		Province Québec		CODE POSTAL / POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone / Phone Number _____					
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin:				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT / VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN / REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES / TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Études / EDUCATION <input type="checkbox"/> Préciser : / SPECIFY: _____				DU - FROM / AU - TO Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province / Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) / Address in that province (number, street, locality) _____		Province _____		CODE POSTAL / POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone / Phone Number _____					
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec ④					
Adresse permanente au Québec / Permanent address in Québec _____		Province Québec		CODE POSTAL / POSTAL CODE _____	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » / Last address in province that issued health card _____		Province _____		CODE POSTAL / POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone / Phone Number _____					
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » / Date of departure from province that issued health card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec / Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative ⑤					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION / SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION _____		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) / SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) _____		Date _____	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules / Name of patient's representative, in block letters _____		Lien avec le patient / Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur / father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser / Specify _____			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient / Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient / Same as that of patient		Province _____		CODE POSTAL / POSTAL CODE _____	
Numéro de téléphone / Phone Number _____					
3716 268 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient					

3.1.2.1 Rédaction du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716)

1. Établissement (section 1)

Code de l'établissement : Inscrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrire le nom de l'établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de l'établissement.

Province : Inscrire la province de l'établissement.

Code postal : Inscrire le code postal dans la case prévue à cette fin.

No de contrôle externe : Inscrire votre numéro de contrôle (maximum 15 caractères alphanumériques).

EXEMPLE



Déclaration d'assurance hospitalisation
Hospital Insurance Declaration
Services internes dispensés au Québec
Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK

Établissement ①					Numéro de contrôle externe/External control number												
Code de l'établissement					Nom de l'établissement					Date d'admission							
5	4	3	2	1	Centre hospitalier fictif					Année		Mois		Jour			
5	4	3	2	1						2	0	1	7	0	4	0	1
Adresse (numéro, rue, localité)										CODE POSTAL							
333, rue des Convalescents										G 0 A 0 T 0							

Ententes interprovinciales en assurance santé
 3. Demandes de paiement – 3.1 Services internes

2. Patient (section 2)

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 nouveau-nés de l’Ontario, il est obligatoire de facturer avec le numéro de la carte santé du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le numéro de la carte santé du bébé, facturer aux parents les services fournis.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Inscrire les nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d’inscrire cette information en lettres majuscules.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient.

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

Sexe : Inscrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Province émettrice de la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date d’entrée en vigueur de la carte : Inscrire la date d’entrée en vigueur de la carte, s’il y a lieu.

Date d’expiration de la carte : Inscrire la date d’expiration indiquée sur la carte santé, s’il y a lieu.

Nouveau-né : Cocher cette case s’il s’agit d’un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé, sauf pour l’Ontario.

Adresse : Inscrire l’adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Province : Inscrire la province de la personne assurée.

Code postal : Inscrire le code postal de l’adresse permanente de la personne assurée.

EXEMPLE

Patient ^② Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER				Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters				Numéro de téléphone Phone Number					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	SMITH JOHN				(123) 456-7890
Date de naissance - Birthdate			Sexe - Sex		Province ayant délivré la carte Province that issued card			Date d’entrée en vigueur de la carte Effective date of card			Date d’expiration de la carte Expiry date of card		
ANNEE YEAR	MOIS MONTH	JOUR DAY	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Ontario			Année Year	Mois Month	Jour Day	Année Year	Mois Month	Jour Day
1967	12	01									2020	12	01
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)								Province		CODE POSTAL POSTAL CODE			
123, rue du Patient, Ville du Patient								Ontario		K 1 H 0 T 0			

4. Installation permanente au Québec (section 4)

Adresse permanente au Québec : Inscrire l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Province : Ce champ est toujours *Québec*.

Code postal : Inscrire le code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone permanent du patient au Québec.

Dernière adresse dans la province ayant délivré la carte santé : Inscrire la dernière adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Province : Inscrire la province qui a délivré la carte santé.

Code postal : Inscrire le code postal de l'adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone dans la province qui a délivré la carte santé.

Date du départ de la province ayant délivré la carte santé : Inscrire la date du départ de la province qui a délivré la carte santé.

Date du début de l'installation permanente au Québec : Inscrire la date à laquelle la personne a commencé à résider de façon permanente au Québec.

EXEMPLE

Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec 4				
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec 123, rue Nouvelle, Québec		Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE G 1 C 0 T 0	Numéro de téléphone Phone Number (418) 123-4567
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card 123, rue du Patient, Ville du Patient		Province Ontario	CODE POSTAL POSTAL CODE K 1 H 0 T 0	Numéro de téléphone Phone Number (123) 456-7890
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card Année Year Mois Month Jour Day 2 0 1 7 0 4 0 1		<input checked="" type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year Mois Month Jour Day 2 0 1 7 0 4 0 2		

5. Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

Signature de la personne qui fait cette déclaration : Faire signer la déclaration du patient par le patient ou son représentant. La signature est obligatoire.

Signature du témoin (représentant de l'hôpital) : Faire signer le témoin (représentant de l'hôpital). La signature est obligatoire.

Date : Inscrire la date de la signature de la déclaration.

Nom : Inscrire le nom du représentant du patient (lettres majuscules). Si ce n'est pas le patient qui signe la déclaration, il faut indiquer ici le nom du représentant du patient.

Lien avec le patient : Indiquer le lien avec le patient en cochant la case PÈRE, MÈRE OU TUTEUR, ou encore la case PRÉCISER en indiquant le lien sur la ligne.

Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient : Inscrire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

Province : Inscrire la province du représentant du patient.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du représentant du patient.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du représentant du patient.

EXEMPLE

Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative 5			
<small>Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.</small>			
<small>SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION</small> 	<small>SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)</small> 	<small>Date</small> 2017-04-01	
<small>Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters</small> _____	<small>Lien avec le patient Relationship to patient</small> <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify		
<small>Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient</small> <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient	<small>Province</small> _____	<small>CODE POSTAL POSTAL CODE</small> _____	<small>Numéro de téléphone Phone Number</small> () _____

3.1.3 Expédition

Pour la [Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire](#) (3885), la première copie doit être expédiée à l'adresse suivante :

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

L'établissement conserve la deuxième copie.

Le formulaire [Déclaration d'assurance hospitalisation](#) (3716) **doit être conservé dans les dossiers de l'établissement**. À la demande de la Régie, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse ci-dessus.

3.1.4 Services en ligne

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 nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels pour en connaître les modalités et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Demande d'accès aux services en ligne

Pour vous inscrire ou pour toute demande de renseignements concernant l'application en ligne, vous pouvez communiquer avec la Régie aux coordonnées suivantes :

Par courriel

– sel.dphqat@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone

– 418 682-5142

Par courrier

Support aux services en ligne
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

3.2 Services externes

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)

La *Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d’une autre province ou d’un territoire* (2597) comporte 3 sections :

Section 1 : Établissement

Section 2 : Détails de la demande

Section 3 : Attestation de l’établissement

Régie de l'assurance maladie Québec		Demande de paiement		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE	
		Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire			
				Numéro de contrôle externe	
1- Établissement ①					
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT			
ADRESSE (numéro, rue, localité)				PROVINCE	CODE POSTAL
2- Détails de la demande ②					
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES		NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE			
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
NOUVEAU-NE <input type="checkbox"/>					
A					
CODE DE DIAGNOSTIC					
CODE D'INTERVENTION					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
NOUVEAU-NE <input type="checkbox"/>					
B					
CODE DE DIAGNOSTIC					
CODE D'INTERVENTION					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR
NOUVEAU-NE <input type="checkbox"/>					
C					
CODE DE DIAGNOSTIC					
CODE D'INTERVENTION					
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU					
					TOTAL
3- Attestation de l'établissement ③					
La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.					
Nom et prénom de la personne autorisée					
Signature de la personne autorisée (LETTRES MAJUSCULES)				DATE ANNÉE MOIS JOUR	

2597 266 08/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2.1.1 Rédaction de la demande de paiement

1. Établissement (section 1)

Numéro de contrôle externe :

1. Le numéro de contrôle externe sert à retracer une demande de paiement sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir la section [5.2 État de compte](#)).
2. Vous devez inscrire un numéro de contrôle externe de votre choix (champ alphanumérique avec une possibilité de 15 caractères).
3. Vous devez utiliser un numéro de contrôle externe différent pour chaque demande de paiement.

Code de l'établissement : Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué par la Régie (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrire la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrire le code postal de votre établissement.

EXEMPLE

Régie de l'assurance maladie Québec		Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE	
1- Établissement ①		Numéro de contrôle externe A B C D E 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT			
5	4	3	2	1	Centre hospitalier fictif
ADRESSE (numéro, rue, localité)		PROVINCE	CODE POSTAL		
270, des Convalescents		Québec	G	0	K 0 T 0

2. Détails de la demande (section 2)

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
Île-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

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.

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

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 nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le numéro de la carte santé du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le numéro de la carte santé du bébé, facturer aux parents les services externes fournis.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Inscrire le nom et le prénom de la personne assurée qui figurent sur la carte.

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

Indicateur de nouveau-né : Cocher cette case s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé.

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

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

Ententes interprovinciales en assurance santé
3. Demandes de paiement – 3.2 Services externes

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

Code de service : Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe standard	01
Chirurgie d'un jour (y compris 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
Médicaments de chimiothérapie totalisant moins de 1 000 \$ et visite	06
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)	08
Imagerie par résonance magnétique	11
Service de radiothérapie	12
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	13
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	15
Médicaments de chimiothérapie totalisant 1 000 \$ et plus et visite	16

Code de diagnostic : Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) lorsque le service est rendu en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

Code d'intervention : Inscrire obligatoirement le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

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

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

Tarif du service : Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section [4. Tarifs interprovinciaux](#)).

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).

EXEMPLE

2- Détails de la demande 2			
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES		NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE	
09		Terre-Neuve	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
123456789012		DOE JOHN	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR	
20200531		19490110	
NOUVEAU-NE <input type="checkbox"/>		SEXE M/F	
		M	
		DATE DU SERVICE	
		ANNEE MOIS JOUR	
		20170515	
CODE DE DIAGNOSTIC			
I312		I328	
CODE D'INTERVENTION			
1HB53LJAJA			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
		02	
		1150:00	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
123456789012		DOE JOHN	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR	
20200531		19490110	
NOUVEAU-NE <input type="checkbox"/>		SEXE M/F	
		M	
		DATE DU SERVICE	
		ANNEE MOIS JOUR	
		20170520	
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
		01	
		270:00	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR	
NOUVEAU-NE <input type="checkbox"/>		SEXE M/F	
		DATE DU SERVICE	
		ANNEE MOIS JOUR	
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION			
SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
		TOTAL	
		1420:00	

3. Attestation de l'établissement (section 3)

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

EXEMPLE

3- Attestation de l'établissement ③

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée	R. UNTEL	DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR	
Signature de la personne autorisée	<i>R. Untel</i> <small>(LETTRES MAJUSCULES)</small>	2	01	7	05	31

2597 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2.2 Expédition

La première copie de la [Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire](#) (2597) doit être expédiée à l'adresse suivante :

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

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.2.3 Services en ligne

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 territoires.

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels pour en connaître les modalités et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

4 Tarifs interprovinciaux

Services internes

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

Le tarif facturé 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 tarif journalier est remplacé par un tarif global par hospitalisation.

Services externes

Comme les services internes, les tarifs interprovinciaux des services externes sont déterminés par le CCEIAS. Ceux-ci incluent tous les services hospitaliers fournis au patient en externe ou à l'urgence.

4.1 Tarifs et règles – Services internes

4.1.1 Tarif journalier

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2018

Code de service	Description	Tarif (\$)
401	Soins de courte durée.....	Tarif journalier autorisé
402	Soins d'un nouveau-né bien portant..... Le nouveau-né bien portant est défini comme un nouveau-né qui reçoit des soins en fonction de la série des codes de diagnostic Z38*** uniquement. (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle commune ou aux soins intensifs, selon le cas. Le tarif pour nouveau-né bien portant ne peut être facturé lorsque le tarif journalier en salle commune ou aux soins intensifs est facturé.)	825,00
405	Soins intensifs de courte durée.....	Tarif journalier autorisé

4.1.2 Implants spéciaux

Code de service	Description	Tarif (\$)
310	Implants cochléaires	*
311	Stimulateurs/pacemakers cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)	*
312	Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation <i>ITVA</i>)	*
313	Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV).....	*
314	Aorte abdominale	*
315	Crâne : vis, fils, mailles et plaques pour libération/réparation.....	*
316	Thalamus et noyaux gris centraux : implantation d'électrodes.....	*
317	Prothèse du genou.....	*
318	Tiges, greffes et vis pour fixation/fusion des vertèbres	*
319	Prothèse de la hanche	*
320	Prothèse de l'épaule	*
321	Implantation d'endoprothèse.....	*
322	Implantation d'une endoprothèse extensible pour réparation endovasculaire d'un anévrisme	*
323	Implantation transcathéter de valve pulmonaire	*

*Lorsque le coût total facturé pour des implants ou des dispositifs est de moins de 2 000 \$, seul le tarif journalier est facturable.

Lorsque le coût total facturé pour des implants ou des dispositifs est de 2 000 \$ et plus, il peut être facturé en plus du tarif d'hospitalisation journalier connexe pour l'hôpital. La facture pour les implants ou les dispositifs doit être fournie à la province ou au territoire d'origine du patient avec la demande de remboursement.

4.1.3 Définitions des implants spéciaux

Code de service	Description	Codes CCI
310	Implants cochléaires	<ul style="list-style-type: none"> - 1.DM.53.LA-LK Implantation d'un appareil interne, cochlée; implant cochléaire à un seul canal - 1.DM.53.LA-LL Implantation d'un appareil interne, cochlée; implant cochléaire à plusieurs canaux
311	Stimulateurs/pacemakers cardiaques ou défibrillateurs (tout type) ICD	<p>Approche transluminale percutanée (veineuse) ou approche SAI</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.GR-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.GR-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.GR-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe - 1.HZ.53.GR-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur - 1.HZ.53.GR-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque - 1.HZ.53.GR-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque <p>Approche percutanée (tunnel sous-cutané)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur <p>Approche ouverte (thoracotomie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.LA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.LA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.LA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe - 1.HZ.53.LA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur - 1.HZ.53.LA-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque - 1.HZ.53.LA-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Code de service	Description	Codes CCI
		<p>Approche ouverte sous-xiphœidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.QA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.QA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort - 1.HZ.53.QA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe <p>Approche combinée, ouverte (thoracotomie) et transluminale percutanée (veineuse)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HZ.53.SY-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur - 1.HZ.53.SY-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque - 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque
312	<p>Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation <i>ITVA</i>)</p> <p>Implantation d'une valve aortique xélogreffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter</p>	<p>Codes CCI</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.HV.90.GP-XX-L Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xélogreffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale percutanée (artérielle) (rétrograde) - 1.HV.90.GR-XX-L Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xélogreffe 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 xélogreffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche ouverte avec technique à cœur fermé [transventriculaire]

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux – 4.1 Tarifs et règles – Services internes

Code de service	Description	Codes CCI
		<p>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.</p>
313	<p>Dispositifs d'assistance ventriculaire (DVA)</p> <p>Les DVA 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 DVA et pour permettre de modifier les réglages du contrôleur DVA, et l'équipement nécessaire notamment les canules et les circuits propres au dispositif, le Doppler pour la circulation sanguine, la trousse étanche.</p>	<ul style="list-style-type: none">– 1.HP.53.GP-QP Implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche transluminale percutanée [p. ex. Impella]– 1.HP.53.LA-QP Implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche ouverte [p. ex. HeartMate, Novacor] <p>Les codes attribués comprennent les interventions suivantes, dans la CCI :</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance biventriculaire [DVABi];</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire gauche [DVAG];</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire droite [DVAR];</p> <p>Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire [DVA] :</p> <ul style="list-style-type: none">– pour thérapie à long terme [p. ex. thérapie à visée définitive],– pour thérapie à court terme [p. ex. thérapie en attente de sevrage ou en attente de transplantation].

Code de service	Description	Codes CCI
		Les codes attribués n’incluent pas l’ajustement, le repositionnement ou le retrait d’un DVA.
314	Aorte abdominale : greffons tissés, endoprothèses	<ul style="list-style-type: none"> – 1.KA.57.LA-GX-A Extraction, aorte abdominale, approche ouverte avec autogreffe, utilisation d’un dispositif NCA – Autres codes CCI : 1.KA.80.GQ-NR-N, 1.KA.80.LA-XX-N, 1.KA.76.MZ-XX-N. Greffon tissé, endoprothèse iliaque « Spiral-Z », endoprothèse Reliant
315	Crâne : vis, fils, mailles et plaques pour libération/réparation	<ul style="list-style-type: none"> – 1.EA.72.LA-NW Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille) sans utilisation de tissu (pour la libération) – 1.EA.72.LA-NW-A Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille) avec autogreffe – 1.EA.72.LA-NW-Q Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille) avec source combinée de tissus [p. ex. greffe et lambeau] – 1.EA.72.LA-NW.G Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille) avec lambeau pédiculé [volet péricrânien] – 1.EA.72.LA-KD Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de fil ou de maille uniquement sans utilisation de tissu (pour la libération) – 1.EA.72.LA-KD-A Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de fil ou de maille uniquement avec autogreffe – 1.EA.72.LA-KD-Q Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de fil ou de maille uniquement avec source combinée de tissus [p. ex. greffe et lambeau]

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux – 4.1 Tarifs et règles – Services internes

Code de service	Description	Codes CCI
		<ul style="list-style-type: none"> – 1.EA.72.LA-KD-G Libération, crâne; approche ouverte, utilisation de fil ou de maille uniquement avec lambeau pédiculé [volet péricrânien]
316	Thalamus et noyaux gris centraux : implantation d'électrodes, approche par trou de trépan : CMG 005 et 689	<ul style="list-style-type: none"> – 1.AE.53.SE-JA
317	Prothèse du genou pour une reprise ou un remplacement bilatéral ou unilatéral	<p><u>Un composant</u> : 1.VG.53.LA-PM-N, 1.VG.53.LA-PM, 1.VG.53.LA-PM-A, 1.VG.53.LA-PM-K, 1.VG.53.LA-PM-Q</p> <p><u>Deux composants</u> : 1.VG.53.LA-PN-N, 1.VG.53.LA-PN, 1.VG.53.LA-PN-A, 1.VG.53.LA-PN-K, 1.VG.53.LA-PN-Q</p> <p><u>Trois composants</u> : 1.VG.53.LA-PP-N, 1.VG.53.LA-PP, 1.VG.53.LA-PP-A, 1.VG.53.LA-PP-K, 1.VG.53.LA-PP-Q</p> <p>La province ou le territoire d'accueil n'a pas à consigner l'attribut de situation.</p>
318	Tiges, greffes et vis pour fixation/fusion des vertèbres	<ul style="list-style-type: none"> – 1.SA.74.^.^ Fixation, atlas et axis (tous les codes) – 1.SA.75.^.^ Fusion, atlas et axis (tous les codes) – 1.SC.74.^.^ Fixation, vertèbres – 1.SC.75.^.^ Fusion, vertèbres, SAUF les codes ayant le qualificateur de dispositif XX, qui signifie « aucun dispositif utilisé »
319	Prothèse de la hanche pour un remplacement unilatéral (à l'exclusion des remplacements bilatéraux et des reprises)	<ul style="list-style-type: none"> – 1.VA.53.^.^ à l'exception de 1.VA.53.LA-SL-N, qui désigne l'implantation d'un spacer en ciment seulement – Toutes les catégories (rubriques) de codes CCI.VA.53.^.^ à l'exception de 1.VA.53.LA-SL-N, qui désigne l'implantation d'un spacer en ciment seulement (c.-à-d. pas le code 1.VA.53.LA-PN seul). Exclut l'attribut de lieu B = bilatéral OU deux codes au cours du même épisode opératoire G = gauche ET D = droit, ou l'attribut de situation R = Reprise.

Code de service	Description	Codes CCI
320	Prothèse de l'épaule pour une reprise ou un remplacement	<ul style="list-style-type: none"> - 1.TA.53.LA-PM, 1.TA.53.LA-PM-A, 1.TA.53.LA-PM-K, 1.TA.53.LA-PM-N, 1.TA.53.LA-PM-Q, 1.TA.53.LA-PN, 1.TA.53.LA-PNA, 1.TA.53.LA-PN-K, 1.TA.53.LA-PN-N, 1.TA.53.LA-PN-Q, 1.TA.53.LA-PQ, 1.TA.53.LA-PQ-A, 1.TA.53.LA-PQ-K, 1.TA.53.LA-PQ-N, 1.TA.53.LA-PQ-Q, 1.TA.53.LA-SL-N - Dans chaque cas, le code 1.TA.53.^ DOIT avoir un ATTRIBUT DE SITUATION R = Reprise. Autrement, l'implant est « primaire » ou « nouveau/première situation ».
321	<p>Implantation d'endoprothèse</p> <p>L'implantation d'endoprothèse utilise l'approche transluminale percutanée et une endoprothèse (endovasculaire) avec greffon synthétique. Les codes CCI associés à l'EVAR sont exclus de ce groupe d'interventions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1.IA.80.GQ-NR-N, 1.IB.80.GQ-NR-N, 1.IC.80.GQ-NR-N, 1.IM.80.GQ-NR-N, 1.JE.80.GQ-NR-N, 1.JK.80.GQ-NR-N, 1.KE.80.GQ-NR-N, 1.KG.56.GQ-NR-N, 1.KG.80.GQ-NR-N, 1.KT.80-GQ-NR-N, 1.ID.80.GQ-NR-N.
322	<p>Implantation d'une endoprothèse extensible pour réparation endovasculaire d'un anévrisme (EVAR)</p> <p>La réparation endovasculaire d'un anévrisme aortique (EVAR) est un type de chirurgie endovasculaire utilisé pour traiter un anévrisme de l'aorte abdominale. La procédure suppose la mise en place d'une endoprothèse extensible dans l'aorte pour traiter la condition aortique sans intervention chirurgicale ouverte ni ablation d'une partie de l'aorte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1.KA.80.GQ-NR-N, 1.KA.80.LA-XX-N, 1.KA.76.MZ-XX-N, 1.KA.50.GQ-OA

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux – 4.1 Tarifs et règles – Services internes

Code de service	Description	Codes CCI
323	<p>Implantation transcathéter de valve pulmonaire</p> <p>Le traitement des valvulopathies est une procédure qui consiste à transporter une valve cardiaque artificielle par cathéter à l'intérieur du système cardiovasculaire. Le cathéter est inséré dans la veine fémorale du patient grâce à une petite incision. Le cathéter sur lequel est fixée la valve est inséré dans la veine et guidé jusqu'au cœur du patient. Une fois la valve bien en place, les ballonnets sont gonflés et la valve se dilate pour permettre au sang de circuler entre le ventricule droit et les poumons du patient.</p>	- 1.HT.90.GP-XX-L

Comment facturer les coûts liés aux implants ou aux dispositifs

Article	Scénario 1		Scénario 2		Scénario 3	
	Coût (\$)	Information requise sur la facture	Coût (\$)	Information requise sur la facture	Coût (\$)	Information requise sur la facture
Mailles	200	Sans objet	200	Coût pour l'établissement	200	Coût pour l'établissement
Vis 1	550	Sans objet	300	Coût pour l'établissement	500	Coût pour le fournisseur
Vis 2	200	Sans objet	200	Coût pour l'établissement	200	Coût pour l'établissement
Fil	0		400	Coût pour l'établissement	200	Coût pour l'établissement
Stimulateur/ pacemaker cardiaque	1 000	Sans objet	1 000	Coût pour le fournisseur	1 000	Coût pour le fournisseur
Total	1 950		2 100		2 100	
Montant facturable	Tarif journalier seulement		2 100		2 100	
Facture à joindre	Aucune		<ul style="list-style-type: none"> - une facture générée par l'établissement indiquant les articles suivants : mailles, vis 1, vis 2 et fil - une facture générée par le fournisseur indiquant l'article suivant : stimulateur/pacemaker cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> - une facture générée par l'établissement indiquant les articles suivants : mailles, vis 2 et fil - si les articles ont été obtenus auprès de différents fournisseurs, fournir les factures de chaque fournisseur pour les articles suivants : vis 1, stimulateur/pacemaker cardiaque - si les articles ont été obtenus auprès du même fournisseur, fournir une facture générée par le fournisseur pour les articles suivants : vis 1, stimulateur/pacemaker cardiaque 		

Facture générée par l'établissement

Si un composant précis utilisé au cours d'une intervention (p. ex. une vis) a un coût unitaire de moins de 500 \$ (p. ex. 120 \$ chacun), il est acceptable de présenter cette information sur une facture générée par l'établissement, peu importe le nombre de composants utilisés. De plus, pour tout autre composant de moins de 500 \$ chacun : quel que soit le nombre de composants utilisés, ces composants peuvent être ajoutés sur la même facture générée par l'établissement.

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux – 4.1 Tarifs et règles – Services internes

Facture générée par le fournisseur

Si un composant précis utilisé au cours d'une intervention (p. ex. un stimulateur cardiaque ou pacemaker) a un coût unitaire de 500 \$ ou plus (p. ex. 510 \$ chacun), il est acceptable de présenter cette information sur la facture générée par le fournisseur respectif, peu importe le nombre de composants utilisés. De plus, pour tout autre composant de plus de 500 \$ ou plus chacun : quel que soit le nombre de composants utilisés, ces composants devraient figurer sur la facture générée par le fournisseur respectif.

4.1.4 Facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses

Tarifs en vigueur pour les congés obtenus à partir du 1^{er} avril 2018

Code de service	Description	Tarif (\$)
	Transplantation (par cas)	
	Note : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application	
100	Acquisition d'organes hors Canada	
	Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, son coût d'acquisition peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante :	
	Pour les codes 101 à 104 : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 26 032 \$ 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 26 032 \$ 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.	
	Greffe d'organes	
101	Cœur.....	138 191
102	Cœur et poumons	195 180
103	Poumons	223 189
104	Foie.....	141 582
106	Rein	38 497
108	Rein et pancréas.....	47 429

- 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 ses 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 transplantations. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif et doivent être facturés à la province du receveur.

4.1.5 Règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe)

Les règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe) sont les suivantes :

1. Toute hospitalisation distincte (p. ex. pour une 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 en 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 coûts associés à l'acquisition d'un organe au pays ou hors du Canada.
5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend tous les coûts associés à l'hospitalisation du patient, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, de l'admission au congé, ainsi que le coût de l'approvisionnement au pays.
6. Le tarif des codes 106 et 108 comprend tous les coûts associés à l'hospitalisation du patient, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, de l'admission au congé, mais pas le coût de l'approvisionnement au pays. La province ou le territoire qui fournit les soins peut facturer les frais d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
7. Lors de l'acquisition d'organes hors du Canada :
Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante :
 - Pour les codes 101 à 104 : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 26 032 \$ 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 26 032 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.
 - La facture 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 d'un même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, comme indiqué précédemment.
11. Une province ou un territoire (PT) peut facturer la PT du receveur en utilisant le numéro de carte santé de celui-ci pour les frais liés aux différents tests effectués sur le donneur ou encore pour préparer la greffe. Ces frais peuvent être facturés même si les tests s'avèrent négatifs pour la greffe.
12. Les transplantations énumérées sur cette grille tarifaire représentent les transplantations très coûteuses pour lesquelles un tarif distinct a été approuvé. Pour celles qui ne sont pas énumérées dans cette liste, seul le tarif quotidien peut être facturé.

4.1.6 Tarifs de la facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches

Tarifs en vigueur pour les congés obtenus le **1^{er} avril 2018** ou après cette date

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)	---	30 052 \$	---
602	Greffe autologue – chez l’enfant (congé en moins de 72 heures)	---	36 061 \$	---
603	Greffe autologue – chez l’adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	67 621 \$	2 505 \$
604	Greffe autologue – chez l’enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	90 161 \$	4 506 \$
605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)....	25 jours	155 611 \$	2 675 \$
606	Greffe allogénique – chez l’enfant	25 jours	192 678 \$	4 843 \$
607	Greffe allogénique/adulte/patient DCNA.....	25 jours	187 836 \$	2 675 \$

4.1.7 Règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches

Les règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches sont les suivantes :

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 d’admission, mais pas la date de 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 pendant laquelle la greffe a été pratiquée.

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux – 4.1 Tarifs et règles – Services internes

5. Pour les coûts d'acquisition :
 - a) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, le coût d'acquisition est compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer le coût d'acquisition.
 - b) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût payé par le centre de transplantation peut être facturé à la province de résidence du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsqu'un patient obtient son congé de l'hôpital dans les 72 heures suivant la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a rendu le service de transplantation au tarif prévu.
7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Une personne qui obtient son congé et qui présente des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peut être hospitalisée 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 coûts d'acquisition désignés au paragraphe 5b., les demandes de remboursement à l'égard des greffes de moelle osseuse et de cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. 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.

4.2 Tarifs et règles – Services externes

4.2.1 Tarifs pour la facturation interprovinciale des services hospitaliers externes

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2018

Catégorie de service	Catégorie de service	Tarif (\$)
01	Consultation externe standard – Comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux. Exclut les services faisant partie d'autres codes de service. Voir la règle n° 7 du paragraphe 4.2.2.	359,00
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 les volets soins infirmiers et soins intensifs de cette intervention). Voir la règle n° 8 du paragraphe 4.2.2.	1 385,00
03	Hémodialyse	496,00
04	Tomographie avec ordinateur	786,00
05	Procédés 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 procédés de laboratoire en consultation externe et les prélèvements en laboratoire, sauf ceux qui font partie du code pour les procédés coûteux de laboratoire en consultation externe (code de service 15). Voir la règle n° 9 du paragraphe 4.2.2.	180,00
06	Médicaments de chimiothérapie à faible prix totalisant moins de 1 000 \$: facturer un frais de consultation (visite) de 359 \$ PLUS le coût d'acquisition réel des médicaments. Aucune facture requise. Pour les médicaments totalisant 1 000 \$ ou plus, utiliser le code de service 16. Voir la règle n° 10 du paragraphe 4.2.2.	
07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 251 \$ plus le coût réel des médicaments.	
08	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) – La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.	1 399,00
11	Imagerie par résonance magnétique par jour, comprenant les services du radiologiste.	749,00
12	Service de radiothérapie.	435,00

Catégorie de service	Catégorie de service	Tarif (\$)
13	Stimulateurs cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)/implants cochléaires/interventions coronariennes percutanées avec pose d'endoprothèse/spirale endovasculaire : l'implant spécial (facture requise), plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour. Pour facturer le code de service 13, le coût du ou des dispositifs doit être d'au moins 1 000 \$. Voir la règle n° 11 du paragraphe 4.2.2.	
15	Procédés coûteux pour les services de laboratoire de plus de 180 \$ qui ne sont pas inclus sous un autre code de service. Utiliser le tarif prévu dans le barème des prestations pour la médecine de laboratoire de la province concernée. Lorsque ce tarif ne figure pas au barème, utiliser un tarif négocié entre les provinces (le dépistage génétique est exclu).	
16	Médicaments de chimiothérapie à prix élevé totalisant 1 000 \$ ou plus : facturer des frais de consultation (visite) de 359 \$ PLUS le coût réel d'acquisition des médicaments. Facture requise. Une approbation préalable ^{1,2} doit être obtenue pour les médicaments de plus de 3 000 \$. Voir les notes n ^{os} 10 et 12 du paragraphe 4.2.2.	

4.2.2 Règles pour la facturation des services de consultation externe

Les règles pour la facturation des services de consultation externe sont les suivantes :

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. Tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.
3. Lorsque deux services ou plus de consultation externe (codes de service 01 à **16**) sont fournis le même jour dans le même hôpital (peu importe si le patient a eu son congé et a été admis à nouveau dans le même hôpital le même jour), un seul service de consultation externe peut être facturé par l'hôpital (c'est-à-dire l'activité ayant le taux le plus élevé).
4. Des frais de consultation externe peuvent être facturés le même jour que la date d'admission ou de congé d'un patient hospitalisé dans le même hôpital, à condition que le patient ne soit pas enregistré en tant que patient admis à l'hôpital au moment où les services ont été rendus.
5. Si une personne reçoit un service de consultation externe alors qu'elle est hospitalisée, l'hôpital ne peut pas facturer le service de consultation externe. Dans ce cas, les coûts des services sont inclus dans les tarifs journaliers d'hospitalisation.
6. Si un patient externe est inscrit à un hôpital et qu'il quitte avant de voir un médecin ou de recevoir un traitement, le code 01 peut être utilisé pour la facturation.

¹ La liste des personnes-ressources à joindre pour obtenir une approbation préalable est disponible à la section [6.4 Adresse de correspondance des provinces et des territoires](#).

² Voir le formulaire [Demande d'approbation préalable : Traitement de chimiothérapie hors province](#) dans la section réservée aux établissements du réseau de la santé, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca.

7. Un patient externe est quelqu'un qui a été officiellement accepté par un hôpital et qui reçoit au minimum un service de santé sans être admis à titre de malade hospitalisé. Ses renseignements personnels doivent avoir été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et un seul identificateur doit avoir 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, y compris la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Sont exclues les scintigraphies en médecine nucléaire superposées sur des images provenant de modalités comme la tomographie par ordinateur (TO) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), p. ex. TEPU/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.

8. 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).

9. 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'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.

10. Les médicaments pour la chimiothérapie sont les médicaments utilisés pour traiter le cancer, y compris les anticorps monoclonaux, les inhibiteurs tyrosine kinase, les inhibiteurs d'angiogénèse, etc.

11. **Stimulateurs cardiaques et/ou défibrillateurs (de tous types)**

Il s'agit de dispositifs cardiaques, à l'exclusion des stimulateurs temporaires et des cœurs artificiels.

Codes CCI :

Approche transluminale percutanée [veineuse] ou approche SAI :

- 1.HZ.53.GR-NM Stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NK Stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NL Stimulateur à rythme fixe
- 1.HZ.53.GR-FS Défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.GR-FR Stimulateur cardiaque pour resynchronisation

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux

- 1.HZ.53.GR-FU Défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche percutanée (tunnel souscutané) :

- 1.HZ.53.HA-FS Défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur

Approche ouverte [thoracotomie] :

- 1.HZ.53.LA-NM Stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NK Stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NL Stimulateur à rythme fixe
- 1.HZ.53.LA-FS Défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.LA-FR Stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.LA-FU Défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche ouverte sousxiphœidienne :

- 1.HZ.53.QA-NM Stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NK Stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NL Stimulateur à rythme fixe

Approche combinée, ouverte [thoracotomie] et transluminale percutanée [veineuse] :

- 1.HZ.53.SY-FS Défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.SY-FR Stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.SY-FU Défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Implants cochléaires

Codes CCI :

- 1.DM.53.LA-LK Implantation d'un appareil interne, cochlée, implant cochléaire à un seul canal
- 1.DM.53.LA-LL Implantation d'un appareil interne, cochlée, implant cochléaire à plusieurs canaux

Cette catégorie ne comprend pas le repositionnement d'un implant existant, précédemment posé (1.DM.54.^^).

ICP (interventions coronariennes percutanées) avec pose d'endoprothèse (y compris les endoprothèses d'élution de médicament)

Codes CCI :

- 1.IJ.50.GQ-NR Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex. angioplastie seule], avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) seulement
- 1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex. angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GQ-OB Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)

- 1.IJ.50.GQ-OE Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OB Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OE Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie [p.ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OB Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie [p.ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser], utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OE Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie [p.ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser], utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)

Endoprothèses implantées

L'implantation d'une endoprothèse nécessite une approche transluminale percutanée et une endoprothèse (endovasculaire) avec greffon synthétique. Les codes CCI associés à la réparation endovasculaire d'un anévrisme (EVAR) sont exclus de ce groupe de procédés.

Codes CCI :

- 1IA80GQNRN, 1IB80GQNRN, 1IC80GQNRN, 1IM80GQNRN, 1JE80GQNRN,
- 1JK80GQNRN, 1KE80GQNRN, 1KG56GQNRN, 1KG80GQNRN, 1KT80GQNRN

Spirales endovasculaires

Le déploiement de spirales endovasculaires, ou l'embolisation endovasculaire, est un traitement chirurgical des anévrismes cérébraux. Il a pour but de prévenir la rupture des anévrismes non rompus et le resaignement attribuable à une rupture d'anévrisme. Le traitement fait appel à des spirales de platine détachables qui sont insérées dans l'anévrisme à l'aide d'un microcathéter.

Code CCI :

- 1JW51GPGE Occlusion, vaisseaux intracrâniens, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales [détachables].

12. Les demandes présentées avec le code 16 doivent être accompagnées d'une facture de l'hôpital sur laquelle figurent le nom et le numéro de la carte santé du patient, la date d'administration et le coût des médicaments fournis lors de la consultation (visite). **Une approbation préalable de la province du patient doit être obtenue** pour les médicaments de chimiothérapie ayant un coût supérieur à 3 000 \$. **Pour ce faire, utiliser le formulaire prévu à cette fin et le transmettre à la personne inscrite sur la liste des personnes responsables des approbations préalables. Une seule demande d'approbation préalable est nécessaire pour les patients qui ont besoin de plusieurs visites. Les**

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux

hôpitaux devraient indiquer sur les demandes d'approbation préalable que plusieurs visites sont nécessaires.

En cas d'urgence, lorsque l'approbation préalable ne peut être obtenue de manière opportune, les médicaments de chimiothérapie peuvent être facturés de façon réciproque sans approbation préalable. La province ou le territoire d'accueil doit aviser la province ou le territoire d'origine par écrit et expliquer pourquoi l'approbation préalable n'a pu être demandée. Un rajustement peut être demandé si aucune explication n'est fournie.

Comment facturer les médicaments chimiothérapeutiques selon les scénarios suivants :

	Scénario 1		Scénario 2		Scénario 3	
	Médicament	Coût (\$)	Médicament	Coût (\$)	Médicament	Coût (\$)
Exemples :						
Médicaments chimiothérapeutiques fournis au patient						
14 août 2018	Fluorouracile	14,22	Fluorouracile	14,22	Fluorouracile	14,22
14 août 2018	Trastuzumab	2 968,00	Trastuzumab	2 968,00	Cyclophosphamide	45,10
14 août 2018			Épirubicine	93,39	Épirubicine	93,39
ÉTAPE 1 – Établissement du code de service, de la facture et des exigences d'approbation préalable						
Coût total des médicaments utilisés pour déterminer le code à facturer, si une facture est requise et si une approbation préalable est requise						
		2 982,22		3 075,61		152,71
Code de facturation utilisé : (code 06 pour un médicament de moins de 1 000 \$ ou code 16 pour un médicament de 1 000 \$ ou plus)						
		16		16		06
Facture requise (le total est de 1 000 \$ ou plus)						
		OUI		OUI		NON
Approbation préalable requise (le total est de plus de 3 000 \$)						
		NON		OUI		NON
ÉTAPE 2 – Établissement du montant à demander						
Montant de la consultation (code 01 – services de consultation externe)						
		359,00		359,00		359,00
Coût total demandé (coût total des médicaments + de la consultation)						
		3 341,22		3 434,61		511,71

Le nombre d'unités (fioles, comprimés, dose, etc.) ne doit figurer ni sur les demandes d'approbation préalable, ni sur les factures.

Ententes interprovinciales en assurance santé

4. Tarifs interprovinciaux

Comment facturer les services de laboratoire selon les scénarios suivants :

Scénarios	Coût < ou = 180 \$	Coût > 180 \$
Échantillons envoyés d'ailleurs	Code 05	Code 15
Patient qui se présente au laboratoire d'établissement avec une référence de l'extérieur de l'hôpital	Code 05	Code 15
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire le même jour	Code 01	Code 01 si le coût du service de laboratoire est de 359 \$ ou moins Code 15 si le coût du service de laboratoire est de plus de 359 \$ On ne peut facturer qu'un seul code de service (voir la règle n° 3 de la section 4.2.2)
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire un jour différent	Code 01 pour visite à l'urgence et code 05 pour laboratoire	Code 01 pour visite à l'urgence et code 15 pour laboratoire

5 Paiement

5.1 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 la section [5.4. Réévaluation](#)).

De même, si une erreur dans la facturation des services 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.

5.2 État de compte

Régie de l'assurance maladie Québec				ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3						
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE
NOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DE CHÈQUE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	5	6	7
Centre hospitalier de Québec	12345	12345678	20AA-10-01	HU-22		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					0,00
	DEMANDES DE PAIEMENT	0	0,00			
	REFACTURATION	0	0,00			
	SERVICES EXTERNES					0,00
	DEMANDES DE PAIEMENT	0	0,00			
	REFACTURATION	0	0,00			
	PAIEMENT REÇU			11		0,00
	TOTAL DES PAIEMENTS					0,00
RETENUES						
	SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION	0	0,00			
	SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION	0	0,00			
	SOLDE REPORTÉ		0,00			
	TOTAL DES RETENUES	10			12	0,00
MONTANT NET						
						0,00
						13

SPÉCIMEN

HUP 001 4705 306 05/01

5.2.1 Description

L'état de compte contient les renseignements suivants :

1. **Nom** : Nom de l'établissement.
2. **Numéro d'identification** : Code de l'établissement (numéro corporatif).
3. **Numéro de chèque** : Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.
4. **Date de l'état de compte** : Date du paiement.
5. **Numéro du paiement** : Numéro du cycle du paiement.
6. **Date de la facturation** : Non applicable.
7. **Page** : Numéro de page.
8. **Nom et adresse** : Nom et adresse postale de l'établissement pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.
9. **Paiements et retenues** : Sommaire des paiements et des retenues pour les services internes et externes.
10. **Nombre** : Cumulatif selon les différents types de demande (demande de paiement, de refacturation ou de récupération pour les services internes et externes).
11. **Montant (col 1)** : Cumulatif des paiements selon les différents types de demande (demande de paiement et de refacturation).
12. **Montant (col 2)** : Cumulatif des paiements selon les différents types de transactions (services internes, services externes ou récupération pour les services internes et externes).
13. **Montant (col 3)** : Cumulatif total des paiements et des retenues ainsi que le montant net.

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec				ÉTAT DE COMPTE							
				Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE											
NOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DE CHEQUE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE					
Centre hospitalier de Québec	12345	12345678	20AA-10-01	HU-22		2 de 2					
DÉTAILS DES DEMANDES											
SERVICES INTERNES											
IDENTIFIANT DE LA DEMANDE	NO. ASS. SANTÉ	NOM ET PRÉNOM	DATE DÉBUT	DATE FIN	CODE	MONTANT DEMANDÉ	MONTANT AUTORISÉ	TYPE	CODE DE MESSAGE		
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)		
SPÉCIMEN											
SERVICES EXTERNES											
IDENTIFIANT DE LA DEMANDE	NO. ASS. SANTÉ	NOM ET PRÉNOM	DATE DÉBUT	DATE FIN	CODE	MONTANT DEMANDÉ	MONTANT AUTORISÉ	TYPE	CODE DE MESSAGE		
(Empty table rows for external services)											
DESCRIPTION DES TYPES DE DEMANDE :											
(24)	P : DEMANDE DE PAIEMENT Z : RÉCUPÉRATION B : REFACTURATION										
DESCRIPTION DES MESSAGES											
(25)											
***** FIN DU RELEVÉ *****											
HUP 001 4705 306 05/01											

14. **Identifiant de la demande** : Représente le numéro de contrôle externe de la demande de paiement. Ce numéro est attribué par l'établissement. Il doit être fourni dans toute correspondance concernant une réévaluation ou une demande de renseignements.
15. **No. ass. santé** : Numéro d'assurance santé du patient.
16. **Nom et prénom** : Nom et prénom de la personne assurée.
17. **Date début** : Date de début de facturation pour les services internes et date de service pour les services externes.
18. **Date fin** : Date de fin de facturation pour les services internes. Ce champ est laissé vide pour les services externes.
19. **Code** : Code du service.
20. **Montant demandé** : Montant demandé pour le service.
21. **Montant autorisé** : Montant autorisé pour le service.
22. **Type** : Type de demande.
23. **Code de message** : Code du message explicatif.
24. **Description des types de demande** : Description des types de demande.
25. **Description des messages** : Énoncé du message explicatif correspondant au code de message.

5.3 Retard de paiement

Afin d'éviter une facturation en double, aucune demande de paiement ne doit être soumise à nouveau moins de deux périodes de paiement après son envoi à la Régie.

Si vous désirez soumettre à nouveau une demande de paiement après ce délai de deux périodes de paiement, vous devez spécifier qu'il s'agit d'une deuxième soumission et indiquer la date de la première soumission.

5.4 Réévaluation

Si l'établissement croit ou constate que le paiement effectué par la Régie est inexact, incomplet ou insuffisant, il peut en demander la réévaluation en adressant à la Régie une note ou une lettre contenant les renseignements suivants :

1. L'objet de la demande de réévaluation;
2. Les informations sur l'identification de l'établissement;
3. L'identité de la personne assurée;
4. Le numéro de contrôle externe;
5. Le montant demandé;
6. Le montant autorisé.

L'établissement peut également utiliser les formulaires présentés à la section [3 Demandes de paiement](#) en donnant les motifs de sa demande dans le champ RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou dans une lettre.

Un délai maximum de 18 mois après la date des services est accordé à la Régie pour présenter des demandes de réévaluation à la province ou au territoire de résidence des personnes assurées. Pour permettre à la Régie de respecter ce délai, vos demandes de réévaluation devront être reçues au plus tard 16 mois après la date des services.

Toute demande de réévaluation doit être transmise à l'adresse suivante :

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

6 Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements

6.1 Manuel

6.1.1 Manuel sur Internet

Le présent manuel est mis à jour régulièrement et disponible sur le site Web de la Régie en format PDF (version imprimable) à l'onglet *Manuels* de la section réservée aux établissements du réseau de la santé, sur le site Web de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

6.2 Formulaires

6.2.1 Formulaires sur Internet

Les [formulaires](#) sont disponibles en format dynamique sur le site Web de la Régie et la majorité d'entre eux peuvent être remplis à l'écran et imprimés.

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

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 :

Facturation interprovinciale
Service de l'application des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec
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 nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels pour en connaître les modalités et demander votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

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
Île-Du-Prince-Édouard	Health PEI Medicare Division 35 Douses Road P. O. Box 3000 Montague (Île-du-Prince-Édouard) COA 1R0 Téléphone : 902 838-0931
Nouvelle-Écosse	<u>Physician billing:</u> Medical Services Insurance PO Box 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1 Téléphone: 902 496-7008 <u>Hospital billing:</u> Department of Health and Wellness Insured Services PO Box 488 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8 Téléphone: 902 424-5411 / 902 424-5615 / 902 424-7533
Nouveau-Brunswick	OOP-Réclamations médicales L'assurance-maladie 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

Ententes interprovinciales en assurance santé

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

Provinces / territoires	Adresses
Ontario	<p>Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services hospitaliers) MacDonald-Cartier Building Financial Management Branch 2nd floor 49 Place D'Armes Kingston (Ontario) K7L 5J3 Téléphone : 613 548-6600</p> <p>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</p>
Manitoba	<p>Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7303 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (poste 7303)</p>
Saskatchewan	<p>Saskatchewan Health T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : 306 787-3442</p>
Alberta	<p>Adresse principale : Edmonton Alberta Health 10025 Jasper Avenue P. O. Box 1360 Stn main Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 422-1954</p>
Colombie-Britannique	<p>Medical Services Plan P. O. Box 9480 Stn Prov Govt Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E7 Téléphone : 604 456-6950 Fax : 250 405-3588</p>
Yukon	<p>Health Services P. O. Box 2703, H-2. Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone : 867 667-5209</p>
Territoires du Nord-Ouest	<p>Department of Health and Social Services Health Services Administration 2nd Floor, IDC Building Bag Service #9 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0 Appel sans frais : 1 800 661-0830</p>

Provinces / territoires	Adresses
Nunavut	Health Insurance Programs Department of Health and Social Services Government of Nunavut Box 889 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0 Téléphone : 867 645-8001 Appel sans frais : 1 800 645-0833

Liste des personnes-ressources qui doivent préalablement approuver la disposition de médicaments pour la chimiothérapie

Les formulaires d’approbation préalable dûment remplis doivent être envoyés par télécopieur à la principale personne-ressource

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
T.-N.-L.	<p>Mme Treena Nippard Gestionnaire des régimes d’assurance Division de la vérification et de l’intégrité des demandes Ministère de la Santé et des Services communautaires C.P. 8700 St. John’s (T.-N.-L.) A1B 4J6</p> <p>Téléphone : 709 729-3108 Télécopieur : 709 729-1918 Courriel : treenanippard@gov.nl.ca</p>	S. O.
Î.-P.-É.	<p>Mme Lauren Kelly, ing., MBA Gestionnaire, Services médicaux Affaires médicales et imagerie diagnostique 16, rue Garfield C.P. 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8</p> <p>Téléphone : 902 368-6736 Télécopieur : 902 620-3072 Courriel : lekelly@gov.pe.ca</p>	S. O.
N.-É.	<p>Mme Joanne Houlihan</p> <p>Téléphone : 902 473-4123 Télécopieur : 902 473-3150 Courriel : Joanne.Houlihan@nshealth.ca</p>	S. O.
N.-B.	<p>Sandra Wallace Directrice adjointe, Gestionnaire des réclamations, de la surveillance et de la conformité Assurance-maladie du N.-B.</p> <p>Téléphone : 506 453-2509 Télécopieur : 506 453-5332 sandra.wallace@gnb.ca</p>	<p>D^r Zeljko Bolesnikov Consultant médical – Assurance-maladie Ministère de la Santé du N.-B.</p> <p>Téléphone : 506 453-4294 Télécopieur : 506 457-7671 Courriel : zeljko.bolesnikov@gnb.ca</p>

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
Qc	<p>Mme Joane Saumur-Bélair Conseillère en évolution de programmes Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Téléphone : 418 682-5131 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. joane.saumur-belair@ramq.gouv.qc.ca</p>	<p>Mme Anne Vézina Conseillère aux programmes hors Québec Régie de l'assurance maladie du Québec</p> <p>Téléphone : 418 682-5133 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. anne.vezina@ramq.gouv.qc.ca</p>
Ont.	<p>Ministère de la Santé et des Soins de longue durée</p> <p>Téléphone : 1 888 359-8807 Télécopieur : 613 536-3181 ou 1 866 221-3536 OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca</p>	<p>Mme Hilary Bates Analyste de programmes, Équipe des politiques et des projets Direction générale des services de santé</p> <p>Téléphone : 613 536-3088 Télécopieur : 613 900-0536 Interprovincebilling.MOH@ontario.ca</p>
Man.	<p>Mme Debbie Slobogian-Jones Gestionnaire, Unité des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province /accords de réciprocité Santé Manitoba, Aînés et Vie active 300, rue Carlton Winnipeg (Man.) R3B 3M9</p> <p>Téléphone : 204 786-7380 Télécopieur : 204 772-2248 Courriel : Deb.Slobogian-Jones@gov.mb.ca</p>	S. O.
Sask.	<p>Kathy Gesy, B. Sc. P., M. Sc. Directrice des services de pharmacie en oncologie Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan a/s centre de cancérologie de Saskatoon 20, promenade Campus Saskatoon (Sask.) S7N 4H4</p> <p>Téléphone : 306 655-2875 Télécopieur : 306 655-1079 Cellulaire : 306 261-2352 Courriel : kathy.gesy@saskcancer.ca ET pharmdirector@saskcancer.ca</p>	<p>Denise Grad Directrice intérimaire., Régimes d'assurance Direction générale des services médicaux Ministère de la Santé de la Saskatchewan</p> <p>Téléphone : 306 787-3425 Télécopieur : 306 787-3761 Courriel : dgrad@health.gov.sk.ca</p>

Ententes interprovinciales en assurance santé

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

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
Alb.	<p>Mme Helen Trotter Chef d'équipe, Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province Direction générale des programmes d'assurance-santé Division de l'admissibilité aux avantages pharmaceutiques et supplémentaires ATB Place North, 12^e étage 10025, avenue Jasper Edmonton (Alb.) T5J 1S6</p> <p>Téléphone : 780 415-1608 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : helen.trotter@gov.ab.ca</p>	<p>M. Nelson Candeias Analyste principal des activités Direction générale des programmes d'assurance-santé</p> <p>Téléphone : 780 415-1495 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : nelson.candeias@gov.ab.ca</p> <p>Mme Jennifer Moore Gestionnaire, Gestion des réclamations Direction générale des programmes d'assurance-santé</p> <p>Téléphone : 780 415-0186 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : jennifer.moore@gov.ab.ca</p>
C.-B.	Contact : bccapatientbilling@bccancer.bc.ca	Non disponible
Yn	<p>Mme Sandra Paun Gestionnaire - Réclamations des services médicaux et hospitaliers, Déplacement à des fins médicales et Inscription Services de santé assurés (H-2) Gouvernement du Yukon B.P. 2703, Whitehorse, Yukon Y1A 2C6</p> <p>Téléphone : 867 667-5822 Télécopieur : 867 393-6486</p>	<p>Gregor Gabb Analyste en information de la santé Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Yukon</p> <p>Téléphone : 867 667-5706 Télécopieur : 867 393-6486</p>
T.N.-O.	<p>Roslyn Watters Gestionnaire des programmes d'assurance et d'admissibilité de soins de santé Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (Service de sac 9) Inuvik T.N.-O. X0E 0T0 107, chemin MacKenzie, 2^e étage, Édifice IDC</p> <p>Téléphone : 800 661-0830, poste 17 Télécopieur : 867 777-3197 Courriel : roslyn_watters@gov.nt.ca</p>	S. O.
Nu.	<p>Jim Arklay</p> <p>Téléphone : 867 645-8053 Télécopieur : 867 645-8092 Courriel : jarklay@gov.nu.ca</p>	<p>Annamarie Hedley</p> <p>Téléphone : 867 645-8002 Télécopieur : 867 645-8092 Courriel : ahedley@gov.nu.ca</p>