Régie de l'assurance maladie Québec

ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE SANTÉ

Services hospitaliers internes et externes

Avril 2019

Table des matières

Introduction **1**

1 Personnes assurées **5**

1.1 Personnes visées par l'accord 5

1.2 Personnes exclues de l'accord 5

1.3 Preuve d'admissibilité à un régime d'assurance maladie 6

2 Services **9**

2.1 Services couverts en vertu de l'accord 9

2.1.1 Services internes 9

2.1.2 Services externes 10

2.2 Services exclus de l'accord 11

3 Demandes de paiement **13**

3.1 Services internes 15

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) 15

3.1.2 Description du formulaire Déclaration d'assurance hospitalisation (3716) 24

3.1.3 Expédition 29

3.1.4 Services en ligne 30

3.2 Services externes 31

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) 31

3.2.2 Expédition 36

3.2.3 Services en ligne 36

4 Tarifs interprovinciaux **37**

4.1 Tarifs et règles – Services internes 37

4.1.1 Tarif journalier 37

4.1.2 Implants spéciaux 38

4.1.3 Définitions des implants spéciaux 39

4.1.4 Facturation interprovinciale des transplantations désignées très coûteuses 48

4.1.5 Règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe) 49

4.1.6 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches 51

4.1.7 Règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches 51

4.2 Tarifs et règles – Services externes 53

4.2.1 Tarifs pour la facturation interprovinciale des services hospitaliers externes 53

4.2.2 Règles pour la facturation des services de consultation externe 54

5 Paiement 67

5.1 Mode de paiement 67

5.2 État de compte 68

5.2.1 Description 69

5.3 Retard de paiement 71

5.4 Réévaluation 71

6 Manuel, affiche des cartes santé, formulaires et renseignements 73

6.1 Manuel 73

6.1.1 Manuel sur Internet 73

6.2 Formulaires 73

6.2.1 Formulaires sur Internet 73

6.3 Demande de renseignements 74

6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires 75

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 RAMQ 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 RAMQ : Pour être mieux informé

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la RAMQ 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 RAMQ 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 RAMQ un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la RAMQ 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 RAMQ 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

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.

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. L'affiche des cartes santé est disponible en format imprimable sur le site Web de la RAMQ.

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

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 (LECOC);
- 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/sprirale endovasculaire, les implants cochléaires;
- Les procédures coûteuses pour les services de laboratoire (excluant le dépistage génétique);
- Les examens de tomographie par émission de positrons-tomodensitométrie (TEP-TDM).

Pour l'ultrasonographie, la tomographie avec ordinateur, la mammographie, l'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), l'imagerie par résonance magnétique, la radio-oncologie, la médecine nucléaire in vivo et le service d'analyse en laboratoire ainsi que pour les autres services d'imagerie tels la radioscopie, l'échographie de même que la radiographie générale, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle). Ainsi, l'établissement doit rembourser le médecin pour ce volet.

Attention : Si le médecin a effectué l'interprétation de tels examens alors que le patient était hospitalisé, seuls les examens énumérés à la *Lettre d'entente nº 15* de l'entente des médecins spécialistes doivent lui être remboursés par l'établissement. Tous les autres honoraires professionnels doivent faire l'objet de facturation par le médecin auprès du patient ou de sa province à l'aide du formulaire *Réclamation hors province pour services médicaux* (2688) (version française) ou *Out-of-province claim for physician services* (4292) (version anglaise).

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;
- 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 biorétroaction (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 (dispositions cliniques non prévues) 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 56 et 57 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 RAMQ 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 RAMQ 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 RAMQ**
- *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 RAMQ**

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 RAMQ 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 RAMQ 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;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrire 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 RAMQ deux fois par mois.

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 RAMQ 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 RAMQ au plus tard 10 mois après la date des services**.

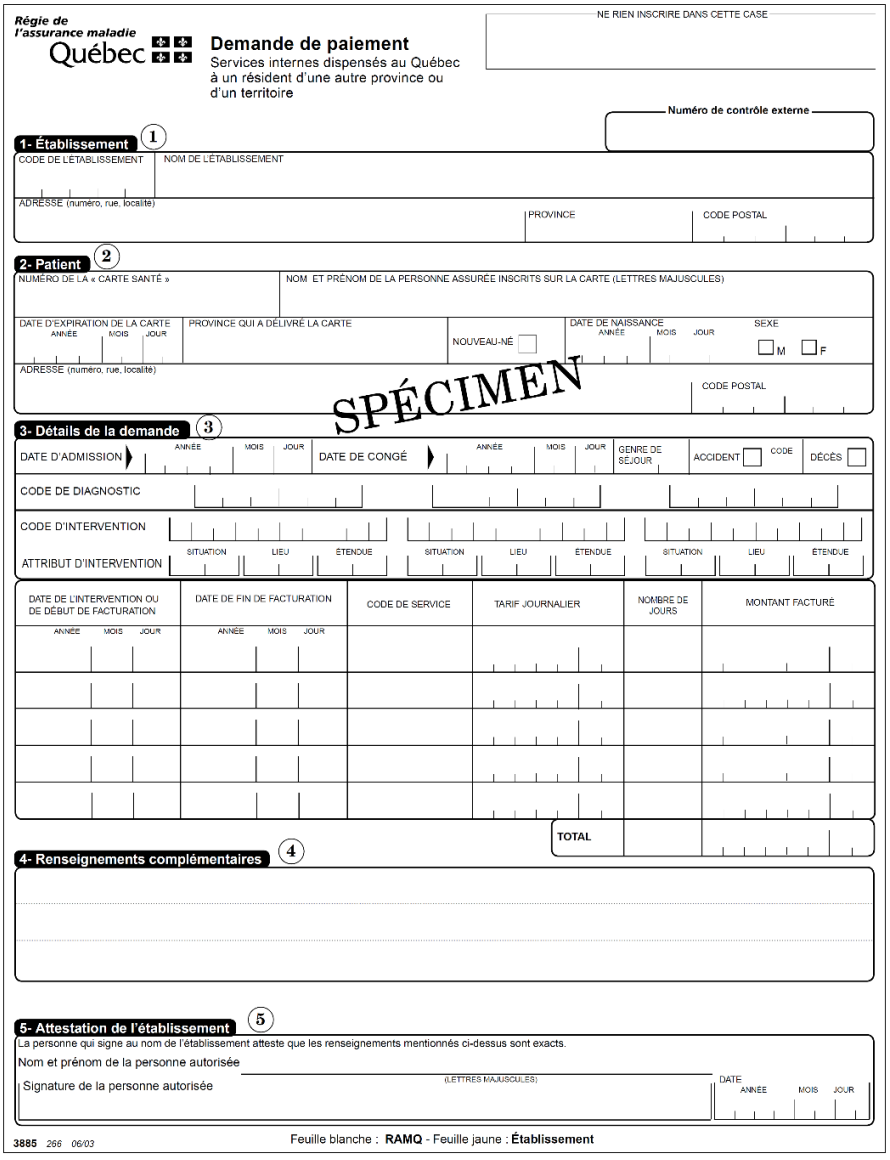
À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de demander le remboursement des coûts pour les services rendus. Il n'a pas le droit non plus de facturer au patient les services rendus ni de recourir à une agence de recouvrement. Toutefois, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consulter la section *6.4 Adresses de correspondance des provinces et des territoires*).

3.1 Services internes

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)

La *Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire* (3885) comporte cinq sections :

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



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 RAMQ 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 internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E

1- Établissement (1)

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
5 4 3 2 1	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 (ANNÉE MOIS JOUR)	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ ☐	DATE DE NAISSANCE (ANNÉE MOIS JOUR)	SEXE
2020 12 31	Nouveau-Brunswick		1980 11 01	☒ M ☐ F
ADRESSE (numéro, rue, localité)			CODE POSTAL	
123, rue du Patient, Ville du Patient			E3B 0T0	

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.

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 2019-03-05), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

- DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : 2019-03-05
- DATE DE FIN DE FACTURATION : 2019-03-05

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)

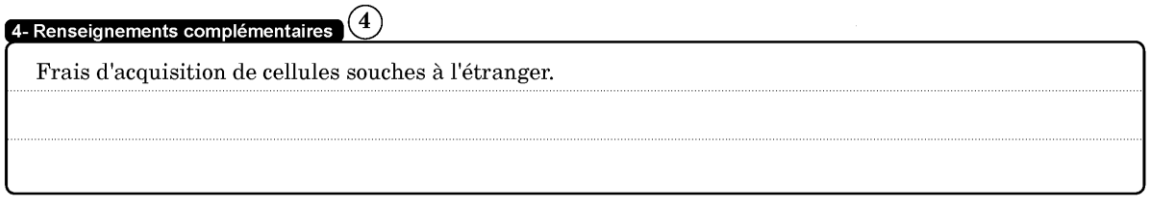
DATE D'ADMISSION (ANNÉE MOIS JOUR)	2017 03 20
DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR)	2017 04 15
GENRE DE SÉJOUR	N
ACCIDENT	X
CODE	A
DÉCÈS	
CODE DE DIAGNOSTIC	I 31 2 / I 32 8 /
CODE D'INTERVENTION	1 HB 53 LA JA / /
ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION / LIEU / ÉTENDUE)	R / / AT

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
2017 03 20	2017 03 31	401	1 000 00	12	12 000 00
2017 04 01	2017 04 14	401	1 100 00	14	15 400 00
				TOTAL	27 400 00

4. Renseignements complémentaires (section 4)

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

EXEMPLE



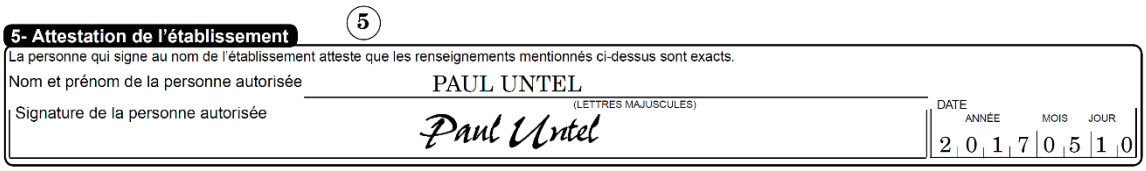
5. Attestation de l'établissement (section 5)

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



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 RAMQ 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 60e jour et au 90e jour.

EXEMPLE (1re demande de paiement)

3- Détails de la demande (3)

DATE D'ADMISSION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR)	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT / CODE	DÉCÈS
2017 05 01		C	☐	☐

CODE DE DIAGNOSTIC		
F011		

CODE D'INTERVENTION		
1LA84LAXXQ		

ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION / LIEU / ÉTENDUE)		
S		

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
2017 05 01	2017 05 31	401	1100 00	31	3410 00
			TOTAL		3410 00

EXEMPLE (2e demande de paiement)

3- Détails de la demande (3)

DATE D'ADMISSION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR)	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT / CODE	DÉCÈS
2017 05 01	2017 06 25	N	☐	☐

CODE DE DIAGNOSTIC		
F011		

CODE D'INTERVENTION		
1LA84LAXXQ		

ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION / LIEU / ÉTENDUE)		
S		

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
2017 06 01	2017 06 24	401	1100 00	24	2640 00
			TOTAL		2640 00

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 facturer le nombre de jours d'hospitalisation au taux approprié (unité de soins intensifs et salle commune).

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)	2017 04 01	DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR)	2017 05 29	GENRE DE SÉJOUR	N	ACCIDENT ☐ CODE		DÉCÈS ☐			
CODE DE DIAGNOSTIC	Z941										
CODE D'INTERVENTION	1HZ85LAXXK										
ATTRIBUT D'INTERVENTION	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE		

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
2017 04 01	2017 05 28	101			115416 00
			TOTAL		115416 00

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)	2017 05 01	DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR)	2017 05 21	GENRE DE SÉJOUR	N	ACCIDENT ☐ CODE		DÉCÈS ☐
CODE DE DIAGNOSTIC	H912							
CODE D'INTERVENTION	1DM53LALK							
ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION LIEU ÉTENDUE)	L							

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
2017 05 01	2017 05 20	401	1100 00	20	22000 0
2017 05 02		310			3400 0 0
	TOTAL				5600 0 0

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)

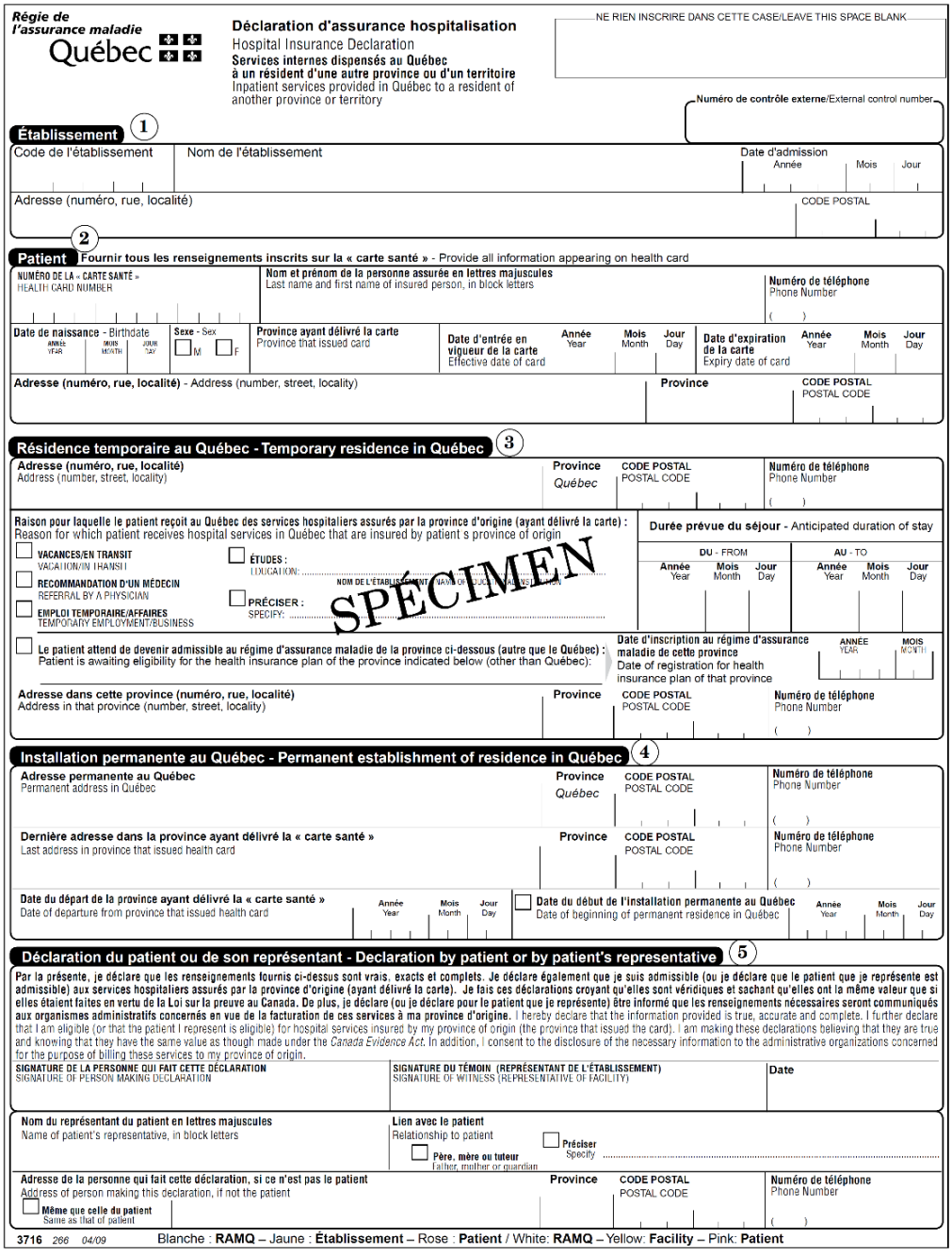
DATE D'ADMISSION (ANNÉE MOIS JOUR)	2017 04 01	DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR)	2017 04 29	GENRE DE SÉJOUR	N	ACCIDENT ☐ CODE		DÉCÈS ☐
CODE DE DIAGNOSTIC	C810							
CODE D'INTERVENTION	1WY19HHXXA							
ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION LIEU ÉTENDUE)	M 1							

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
2017 04 01	2017 04 16	603		16	651450
2017 04 17	2017 04 28	603	241300	12	289560
			TOTAL		941010

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 à un résident d'une autre province ou d'un territoire
Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK

Numéro de contrôle externe/External control number

1 Établissement

Code de l'établissement | Nom de l'établissement | Date d'admission (Année / Mois / Jour)

Adresse (numéro, rue, localité) | CODE POSTAL

2 Patient — **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 - Birthdate (ANNÉE/YEAR, MOIS/MONTH, JOUR/DAY) | **Sexe** - Sex ☐ M ☐ 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

3 Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec

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

- ☐ **VACANCES/EN TRANSIT** / VACATION/IN TRANSIT
- ☐ **RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN** / REFERRAL BY A PHYSICIAN
- ☐ **EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES** / TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS
- ☐ **ÉTUDES :** / EDUCATION: ..... NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION
- ☐ **PRÉCISER :** / SPECIFY: .....

SPÉCIMEN

Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay
DU - FROM (Année/Year, Mois/Month, Jour/Day) | AU - TO (Année/Year, Mois/Month, Jour/Day)

☐ **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

4 Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec

Adresse permanente au Québec
Permanent address in Québec | **Province** *Québec* | **CODE POSTAL** / POSTAL CODE | **Numéro de téléphone** / Phone Number

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)

☐ **Date du début de l'installation permanente au Québec**
Date of beginning of permanent residence in Québec (Année/Year, Mois/Month, Jour/Day)

5 Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative

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 ☐ **Père, mère ou tuteur** / Father, mother or guardian ☐ **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 ☐ **Même que celle du patient** / Same as that of patient | **Province** | **CODE POSTAL** / POSTAL CODE | **Numéro de téléphone** / Phone Number

3716 266 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 RAMQ de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

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

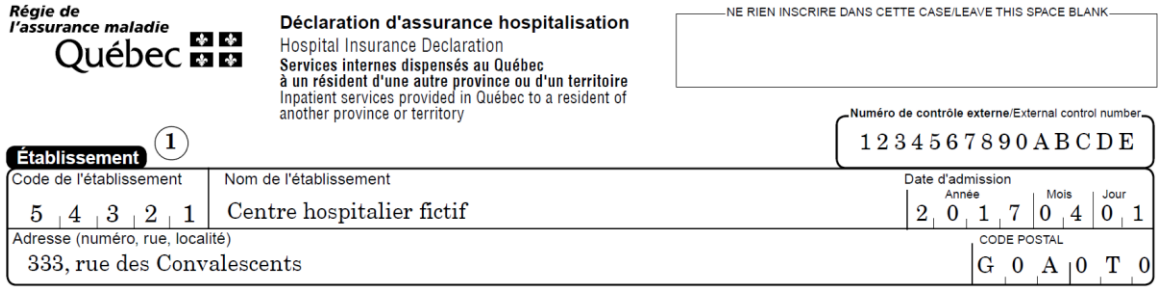
Adresse : Inscrire l'adresse complète de l'établissement.

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



Régie de l'assurance maladie Québec

Déclaration d'assurance hospitalisation
Hospital Insurance Declaration
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire
Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK

Numéro de contrôle externe/External control number: 1234567890ABCDE

Établissement (1)

Code de l'établissement	Nom de l'établissement	Date d'admission (Année / Mois / Jour)
54321	Centre hospitalier fictif	2017 / 04 / 01

Adresse (numéro, rue, localité)	CODE POSTAL
333, rue des Convalescents	G0A0T0

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.

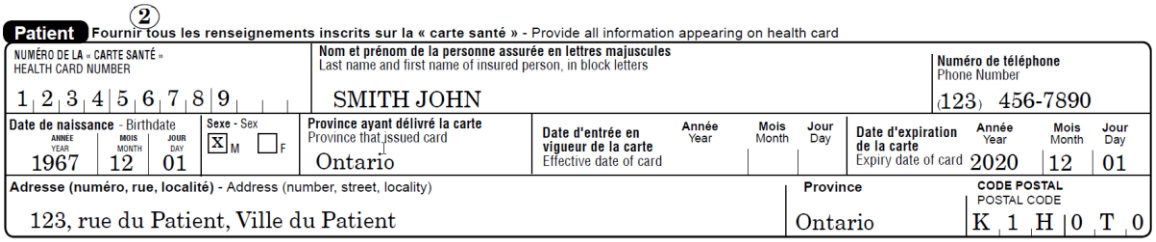
Nouveau-né : Cocher cette case s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé, sauf pour l'Ontario.

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 Année Year	Mois Month	Jour Day	Sexe - Sex	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
1967	12	01	X M ☐ F	Ontario				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

3. Résidence temporaire au Québec (section 3)

Adresse (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Province : Ce champ est toujours *Québec*.

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

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient lors de son séjour au Québec.

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine émettrice de la carte : Cocher une des cases suivantes :

Vacances/en transit
Recommandation d'un médecin
Emploi temporaire/affaires
Études : Si cette case est cochée, indiquer le nom de l'établissement d'enseignement.
Préciser : Dans tous les autres cas, cocher cette case et préciser la raison.

Durée prévue du séjour : Inscrire les dates de début et de fin prévues du séjour.

Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Inscrire le nom de la province.

Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province : Inscrire la date.

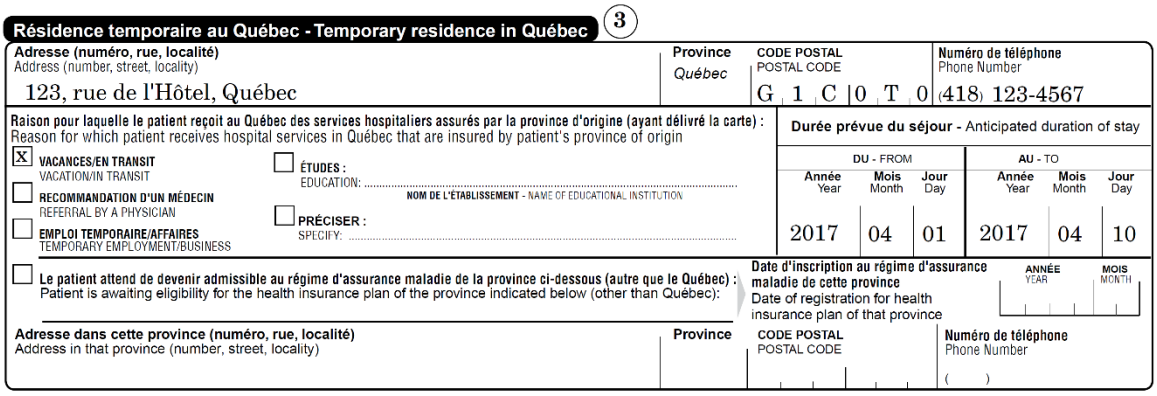
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence dans la province en question.

Province : Inscrire la province.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du patient dans cette province.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient dans cette province.

EXEMPLE



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.

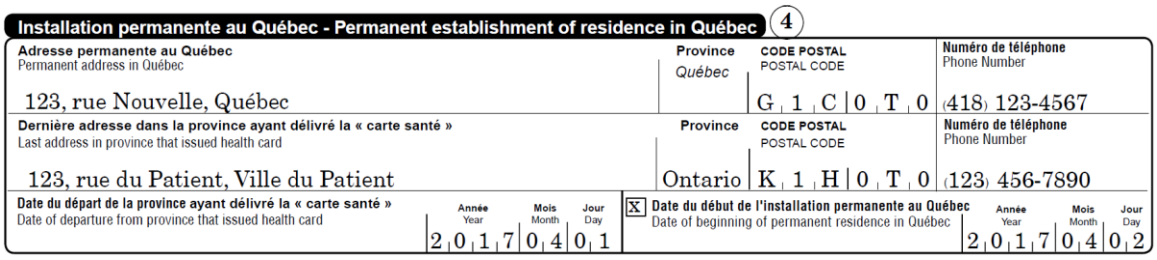
Code postal : Inscrire le code postal de l'adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

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



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)

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
John Smith	Paul Untel	2017-04-01

Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters	Lien avec le patient Relationship to patient ☐ Père, mère ou tuteur / Father, mother or guardian ☐ 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 ☐ Même que celle du patient / Same as that of patient	Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
			( )

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 RAMQ, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse ci-dessus.

3.1.4 Services en ligne

La RAMQ 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 RAMQ un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la RAMQ 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 RAMQ aux coordonnées suivantes :

Par courriel

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

Par téléphone

- 418 682-5142

Par courrier

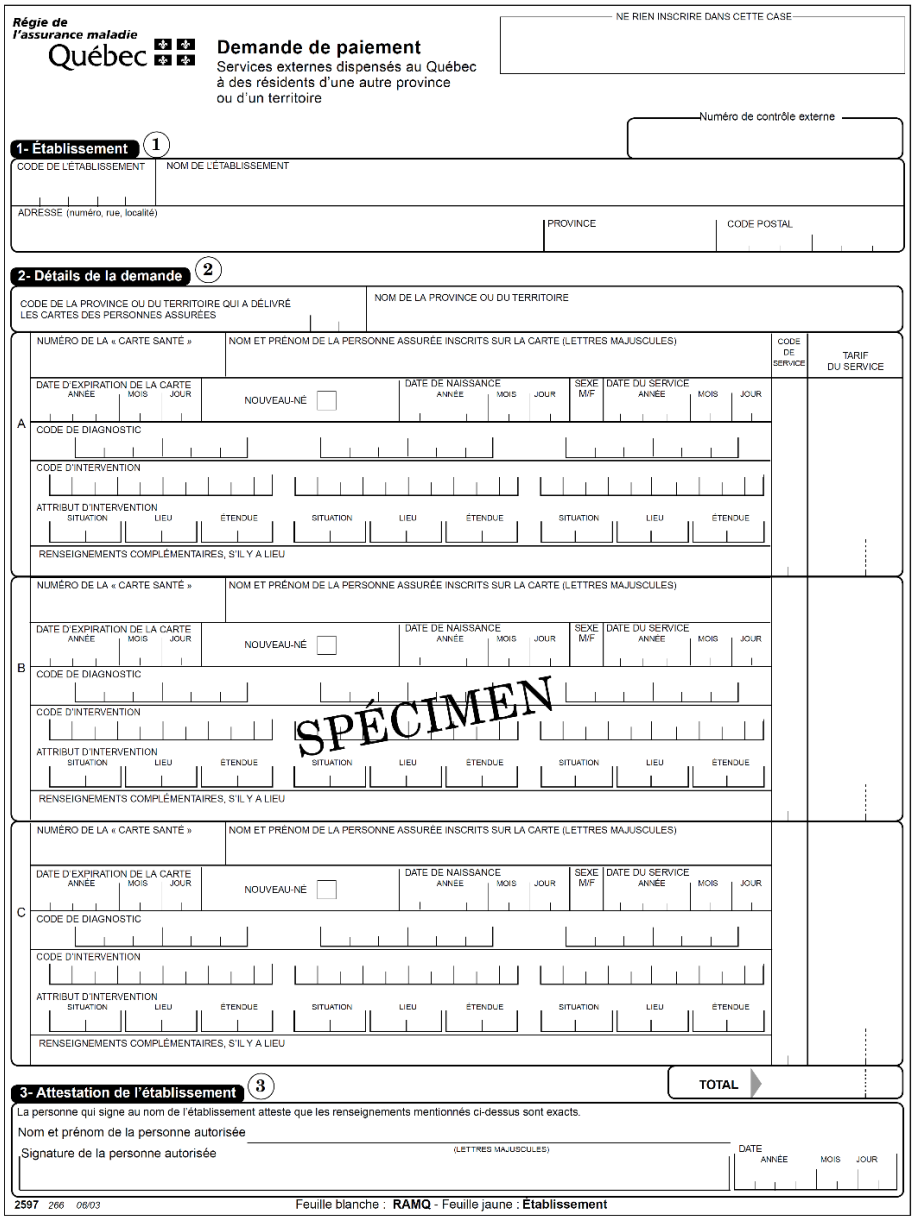
Support aux services en ligne
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

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
Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

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

A / B / C

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) | NOUVEAU-NÉ | DATE DE NAISSANCE (ANNÉE MOIS JOUR) | SEXE M/F | DATE DU SERVICE (ANNÉE MOIS JOUR)

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

SPÉCIMEN

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 (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée | 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 RAMQ (numéro de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la RAMQ de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

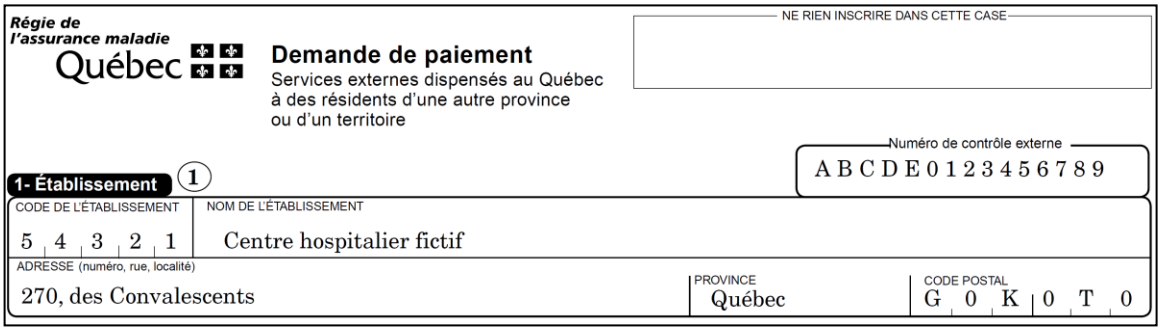
Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

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

Numéro de contrôle externe
A B C D E 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1- Établissement (1)

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
5 4 3 2 1	Centre hospitalier fictif

ADRESSE (numéro, rue, localité): 270, des Convalescents

PROVINCE: Québec

CODE POSTAL: 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).

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	51
Chirurgie d'un jour (y compris le traitement d'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque)	52
Hémodialyse	53
Tomographie avec ordinateur	54
Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service	55
Médicaments de chimiothérapie totalisant moins de 1 000 $ et visite	56
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	57
Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOC)	58
Imagerie par résonance magnétique	61
Service de radiothérapie	62
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	63
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	65
Médicaments de chimiothérapie totalisant 1 000 $ et plus et visite	66
Tomographie par émission de positrons-Tomodensitométrie (TEP-TDM)	67

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: 0 9

NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE: Terre-Neuve

A

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	DOE JOHN	0 2	1150 00

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE (ANNÉE MOIS JOUR): 2 0 2 0 0 5 3 1 — NOUVEAU-NÉ ☐ — DATE DE NAISSANCE (ANNÉE MOIS JOUR): 1 9 4 9 0 1 1 0 — SEXE M/F: M — DATE DU SERVICE (ANNÉE MOIS JOUR): 2 0 1 7 0 5 1 5

CODE DE DIAGNOSTIC: I 3 1 2 — I 3 2 8

CODE D'INTERVENTION: 1 HB 5 3 LA JA

ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION LIEU ÉTENDUE)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU

B

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	DOE JOHN	0 1	270 00

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE (ANNÉE MOIS JOUR): 2 0 2 0 0 5 3 1 — NOUVEAU-NÉ ☐ — DATE DE NAISSANCE (ANNÉE MOIS JOUR): 1 9 4 9 0 1 1 0 — SEXE M/F: M — DATE DU SERVICE (ANNÉE MOIS JOUR): 2 0 1 7 0 5 2 0

CODE DE DIAGNOSTIC

CODE D'INTERVENTION

ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION LIEU ÉTENDUE)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU

C

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » — NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE (ANNÉE MOIS JOUR) — NOUVEAU-NÉ ☐ — DATE DE NAISSANCE (ANNÉE MOIS JOUR) — SEXE M/F — DATE DU SERVICE (ANNÉE MOIS JOUR)

CODE DE DIAGNOSTIC

CODE D'INTERVENTION

ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION LIEU ÉTENDUE)

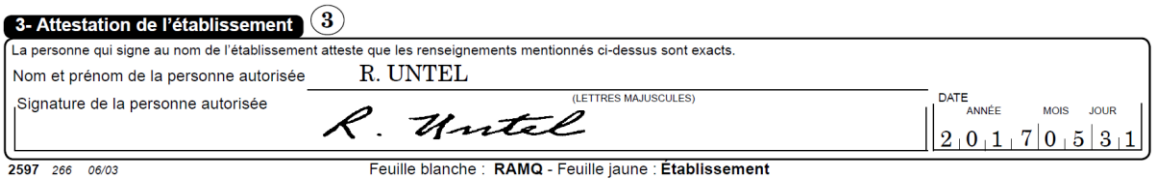
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU

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 (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée R. Untel

DATE ANNÉE MOIS JOUR 2017 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 RAMQ 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 RAMQ un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la RAMQ 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 1er avril 2019

Code de service	Description	Tarif ($)
401	Soins de courte durée.....	Tarif journalier autorisé
402	Soins d'un nouveau-né bien portant	847,00
	Le nouveau-né bien portant est défini comme un nouveau-né qui reçoit des soins 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.)	
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 *ITVA*)	*
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 transmise à la RAMQ afin qu'elle soit jointe à la demande de remboursement envoyée à la province ou au territoire d'origine du patient.

4.1.3 Définitions des implants spéciaux

Code de service	Description	Codes CCI
310	Implants cochléaires	– 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	Approche transluminale percutanée (veineuse) ou approche SAI – 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 Approche percutanée (tunnel sous-cutané) – 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur

Code de service	Description	Codes CCI
		Approche ouverte (thoracotomie) – 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
		Approche ouverte sous-xiphoïdienne – 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 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/pacemaker pour resynchronisation cardiaque – 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque
312	Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation *ITVA*) Implantation d'une valve aortique xénogreffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter	– 1.HV.90.GP-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xénogreffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale percutanée (artérielle) (rétrograde)

Code de service	Description	Codes CCI
		– 1.HV.90.GR-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xénogreffe 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 xénogreffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche ouverte avec technique à cœur fermé [transventriculaire] ***Remarque*** : Le personnel des classifications et terminologies de l'ICIS a avisé Santé Canada que le CCEIAS a approuvé, pour les codes de la CCI, le code du service 312 : valve aortique; ce code est le mieux adapté afin de décrire cette intervention et de confirmer une concordance de catégorie 1 (meilleur ajustement). La classification de la CCI est conçue pour catégoriser les interventions pour fins d'analyse et il n'est pas toujours possible de définir une intervention de manière unique.
313	Dispositifs d'assistance ventriculaire (DVA) 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.	– 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] Les codes attribués comprennent les interventions suivantes, dans la CCI : – Insertion, dispositif d'assistance biventriculaire [DVABi]; – Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire gauche [DVAG];

Code de service	Description	Codes CCI
		– Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire droite [DVAR];

		– Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire [DVA] :
		  – 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].
		
		Les codes attribués n'incluent pas l'ajustement, le repositionnement ou le retrait d'un DVA.

314	Aorte abdominale : greffons tissés, endoprothèses	– 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	– 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)

Code de service	Description	Codes CCI
		– 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] – 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	– 1.AE.53.SE-JA
317	Prothèse du genou pour une reprise ou un remplacement bilatéral ou unilatéral	Un composant : 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 Deux composants : 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 Trois composants : 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 La province ou le territoire d'accueil n'a pas à consigner l'attribut de situation.
318	Tiges, greffes et vis pour fixation/fusion des vertèbres	– 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 »

Code de service	Description	Codes CCI
319	Prothèse de la hanche pour un remplacement unilatéral (à l'exclusion des remplacements bilatéraux et des reprises)	– 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). Si une facture est demandée, une note devrait y être ajoutée indiquant l'attribut de situation et de lieu (attribut de situation P = primaire et un attribut de lieu, soit G = gauche ou D = droit).
320	Prothèse de l'épaule pour une reprise ou un remplacement	– 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	Implantation d'endoprothèse 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.	– 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.

Code de service	Description	Codes CCI
322	Implantation d'une endoprothèse extensible pour réparation endovasculaire d'un anévrisme (EVAR) 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.	– 1.KA.80.GQ-NR-N, 1.KA.80.LA-XX-N, 1.KA.76.MZ-XX-N, 1.KA.50.GQ-OA
323	Implantation transcathéter de valve pulmonaire 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.	– 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 cardiaque/ pacemaker	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**	**PLUS tarif journalier**	**2 100**	**PLUS tarif journalier**
Facture à joindre	Aucune		– 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 cardiaque/ pacemaker.		– 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 cardiaque/ pacemaker; – Si les articles ont été obtenus auprès du même fournisseur, fournir une facture générée par le fournisseur pour les articles suivants : vis 1, stimulateur cardiaque/ pacemaker.	

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.

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 1er avril 2019

Code de service	Description	Tarif ($)
	Transplantation (par cas)	
	Note : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application	
99	Acquisition d'organes au Canada	26 943
100	Acquisition d'organes hors Canada	Coût de l'acquisition
	Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, les coûts réels de l'acquisition hors du Canada peuvent être facturés.	
	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	22 257
102	Cœur et poumon	22 826
103	Poumon	20 934
104	Foie	16 476
106	Rein	8 376
108	Rein et pancréas	12 572

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. Les greffes effectuées avant le 1er avril 2019 doivent être facturées à l'aide des tarifs monolithiques de 2018-2019.
2. Les tarifs 2019-2020 doivent être utilisés dans le cas où un patient est admis en 2018-2019 et qu'il reçoit sa greffe après le 1er avril 2019.
3. Toute greffe d'organe (exemple : cœur et rein) peut être facturée au tarif autorisé pendant le séjour du patient (hospitalisation). Cela comprend une seconde greffe du même organe pour un même patient.
4. Les tarifs représentent le coût hospitalier associé au jour de la greffe, y compris le coût de la greffe elle-même. Les tarifs d'hospitalisation quotidiens en salle commune et aux soins intensifs doivent être facturés selon les taux journaliers en vigueur, et ce, pour la durée du séjour du patient. (IMPORTANT : soustraire une journée pour le jour de la greffe et une journée pour le jour du congé).
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Les coûts d'acquisition d'organes au Canada et hors du Canada ne sont pas inclus dans les tarifs. Par conséquent, le code 99 ou 100 doit être utilisé pour facturer de tels frais.
9. Un montant supplémentaire peut être facturé lors de l'implantation d'un cœur artificiel en tant que mesure provisoire avant la greffe d'un cœur naturel.
10. Il est possible de facturer les tests de compatibilité et autres tests effectués sur le donneur présumé en vue de la préparation d'une greffe, et ce, même s'il en résulte une incompatibilité après l'analyse des examens. Pour ce faire, utiliser le numéro de la carte santé du receveur (patient qui sera greffé).
11. Les transplantations énumérées sur cette échelle 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.

Comment facturer les coûts liés aux transplantations coûteuses

	Scénario 1		Scénario 2		Scénario 3	
		Coût ($)		Coût ($)		Coût ($)
Exemples :						
Catégorie de transplantation d'organes :	Cœur		Cœur		Poumon	
Date d'admission :	2019-04-01		2019-08-15		2019-08-01	
Date de congé :	2019-04-10		2019-09-28		2019-09-10	
Date de l'ITC :	2019-04-02		2019-08-18		2019-08-08	
Tarif en salle commune :		1 108		1 108		1 108
Tarif en USI :		5 432		5 432		5 432
PREMIÈRE ÉTAPE – Déterminer le coût du séjour						
Nombre de journées total (moins le jour de la transplantation et la date de congé)	8		43		39	
Nombre de journées en salle comm.	0	0	19	21 052	15	16 620
Nombre de journées en USI	8	43 456	24	130 368	24	130 368
DEUXIÈME ÉTAPE - Application du tarif monolithique pour l'ITC						
Tarif monolithique de transplantation	Code 101	22 257	Code 101	22 257	Code 103	20 943
TROISIÈME ÉTAPE - Déterminer si un cœur artificiel est nécessaire						
Un cœur artificiel a-t-il été implanté avant la transplantation du cœur naturel?	Non		Oui		S .O.	
Coût du cœur artificiel				95 000	S. O.	
QUATRIÈME ÉTAPE - Déterminer le coût d'acquisition						
Acquisition d'organes au Canada	Oui	26 943	Non		Oui	26 943
Acquisition hors Canada	Non		Oui	30 000	Non	
CINQUIÈME ÉTAPE – Confirmation des codes de facturation et des sommes à réclamer						
Total des coûts journaliers réclamés (Salle commune + USI)		**43 456**		**151 420**		**146 988**
Réclamation pour ITC	**Code 101**	**22 257**	**Code 101**	**22 257**	**Code 103**	**20 943**
Réclamation des coûts d'acquisition	**Code 99**	**26 943**	**Code 100**	**30 000**	**Code 99**	**26 943**
Réclamation d'un cœur artificiel	**-**	**-**	**Code 313**	**95 000**	**-**	**-**

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

Tarifs en vigueur pour les congés obtenus le 1er avril 2019 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)	---	31 104 $	---
602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures	---	37 323$	---
603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	69 988$	2 593 $
604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	93 317 $	4 664 $
605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)....	25 jours	161 057 $	2 769 $
606	Greffe allogénique – chez l'enfant	25 jours	199 422 $	5 013 $
607	Greffe allogénique/adulte/patient DCNA.....	25 jours	194 410$	2 769 $

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.

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 1er avril 2019

51	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.	321,00
52	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.	1 644,00
53	Hémodialyse	520,00
54	Tomographie avec ordinateur	659,00
55	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 65). Voir la règle n° 9 du paragraphe 4.2.2.	161,00
56	Médicaments de chimiothérapie à faible prix totalisant moins de 1 000 $: facturer un frais de consultation (visite) de 321 $ PLUS le coût d'acquisition réel des médicaments. Aucune facture requise. Pour les médicaments totalisant 1 000 $ ou plus, utiliser le code de service 66. Voir la règle n° 10 du paragraphe 4.2.2.	
57	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 260 $ plus le coût réel des médicaments.	
58	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOC) – La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.	1 249,00
61	Imagerie par résonance magnétique par jour, comprenant les services du radiologiste.	628,00
62	Service de radiothérapie.	566,00
63	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 63, le coût du ou des dispositifs doit être d'au moins 1 000 $. Voir la règle n°11 du paragraphe 4.2.2.	

65	Procédés coûteux pour les services de laboratoire de plus de 161 $ 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).	
66	Médicaments de chimiothérapie totalisant 1 000 $ ou plus : facturer un frais de consultation (visite) de 321 $ PLUS le coût d'acquisition réel des médicaments. Une approbation préalable doit être obtenue pour les médicaments de plus de 3 000 $. Voir les règles n° 10 et 12 du paragraphe 4.2.2.	
67	Examens de tomographie par émission de positrons-tomodensitométrie (TEP-TDM). Voir la règle n°13 de la section 4.2.2.	1 259,00

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.**

   Dans les cas d'ultrasonographie, de tomographie avec ordinateur, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), d'imagerie par résonance magnétique, de radio-oncologie, de médecine nucléaire in vivo, de service d'analyse en laboratoire, et les autres services d'imagerie tels la radioscopie, l'échographie de même que la radiographie générale, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle). Ainsi, l'établissement doit rembourser le médecin pour ce volet.

   * Si le médecin a interprété de tels examens alors que le patient était hospitalisé, seuls les examens énumérés à la *Lettre d'entente n° 15* des médecins spécialistes doivent lui être remboursés par l'établissement. Tous les autres honoraires professionnels doivent faire l'objet de facturation par le médecin auprès du patient ou de sa province à l'aide du formulaire *Réclamation hors province pour services médicaux* (2688) (version française) ou *Out-of-province claim for physician services* (4292) (version anglaise).
3. Lorsque deux services ou plus de consultation externe (codes de service 51 à 62 et 65 à 67) 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 51 peut être utilisé pour la facturation.

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'établissement et un seul identificateur doit lui 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'angiogenèse, 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
    - 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 sousxiphoïdienne :

- 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 dilatateur 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 66 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 <u>doit être obtenue</u>** pour les médicaments de chimiothérapie ayant un coût supérieur à 3 000 $ par traitement. 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 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. Une récupération peut être demandée si l'explication n'est pas fournie.

13. Un examen de tomographie par émission de positrons-tomodensitométrie (TEP-TDM) peut être facturé uniquement selon les indications cliniques présentées dans le tableau ci-dessous. **Pour toute autre indication clinique, l'établissement doit obtenir l'approbation préalable de la province du patient.**

TYPE DE CANCER	INDICATION CLINIQUE	Code ICD-10-CA pour le type de cancer	Code CCI
CANCER DE L'ŒSOPHAGE	Stadification avant la chirurgie; pour l'évaluation de la stadification de référence des patients diagnostiqués d'un cancer de l'œsophage et pour lesquels on envisage un traitement curatif ou un nouvel examen de TEP-DM à la fin du traitement préopératoire-néoadjuvant avant la chirurgie.	**C15.–** *Tumeur maligne de l'œsophage*	3.**.70.CJ
CANCER COLORECTAL	Stadification des récidives tumorales à résection potentielle (lorsqu'il y a une augmentation du taux d'antigène carcinoembryonnaire [ACE]); lorsqu'une récidive est soupçonnée en raison d'un taux d'ACE élevé ou en hausse lors du suivi après la résection chirurgicale, même si les résultats des examens d'imagerie réguliers sont négatifs ou ambigus.	**C18.–** *Tumeur maligne du côlon* **C19. –** *Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne* **C20. –** *Tumeur maligne du rectum* **C78.–** *Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs* **R76.8 –** *Autres anomalies précisées de résultats immunologiques sériques*	3.**.70.CJ
	Examen de TEP-TDM pour une maladie métastatique qui semble localisée, comme en cas de métastases localisées à un seul organe au foie ou aux poumons, ou de métastases ganglionnaires localisées (au moment de la consultation ou du suivi), lorsqu'un traitement radical est envisagé, par exemple une ablation, une radiothérapie ou une chirurgie. L'examen de TEP-TDM doit être envisagé avant la chimiothérapie lorsque la détection de métastases occultes avant la résection ou la chimiothérapie peut rendre la résection inappropriée ou modifier le traitement du patient; ou six semaines après la chimiothérapie.		

CANCER GYNÉCOLOGIQUE	Pour la stadification d'un cancer du col de l'utérus avancé localisé; examen de TEP-TDM pour les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus avancé localisé (avec ou sans cancer de l'endomètre) pour qui les résultats obtenus par examen de TEP-TDM concernant l'atteinte des ganglions lymphatiques pelviens sont positifs ou ambigus. Restadification avant d'envisager une pelvectomie; examen de TEP-TDM pour les patientes atteintes de tumeurs gynécologiques malignes récidivantes pour qui une chirurgie de sauvetage radicale est envisagée.	**C51.–** *Tumeur maligne de la vulve* **C52** *Tumeur maligne du vagin* **C53.–** *Tumeur maligne du col de l'utérus* **C54.–** *Tumeur maligne du corps de l'utérus* **C55** *Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée* **C56.–** *Tumeur maligne de l'ovaire* **C57.–** *Tumeur maligne des organes génitaux de la femme, autres et non précisés* **C58** *Tumeur maligne du placenta* **C77.–** *Tumeur maligne des ganglions*	3.**.70.CJ
TÊTE ET COU	Pour le diagnostic du siège principal; pour l'évaluation de carcinomes squameux métastatiques dans les nodules cervicaux lorsque le siège principal de la maladie est encore inconnu à la suite des examens radiologiques et cliniques réguliers. Pour la stadification d'un cancer du rhinopharynx. Examen de TEP-TDM pour l'évaluation des patients atteints de carcinomes squameux métastatiques N1, N2 ou N3 à la tête et au cou après la chimioradiothérapie, chez qui il reste des nodules cervicaux d'une taille de 1,5 cm ou plus lors de l'examen de TEP-TDM effectué en vue de la restadification 10 à 12 semaines après le traitement.	**C00.–** *Tumeur maligne de la lèvre* **C01** *Tumeur maligne de la base de la langue* **C02.–** *Tumeur maligne de la langue, parties autres et non précisées* **C03.–** *Tumeur maligne de la gencive* **C04.–** *Tumeur maligne du plancher de la bouche* **C05.–** *Tumeur maligne du palais* **C06.–** *Tumeur*	3.**.70.CJ

	Stadification chez les patients atteints de tumeurs malignes localisées (N1, N2 ou N3) à la tête et au cou.	*maligne de la bouche, parties autres et non précisées* **C07** *Tumeur maligne de la glande parotide* **C08.–** *Tumeur maligne des glandes salivaires principales, autres et non précisées* **C09.–** *Tumeur maligne de l'amygdale* **C10.–** *Tumeur maligne de l'oropharynx* **C11.–** *Tumeur maligne du rhinopharynx* **C12** *Tumeur maligne du sinus pyriforme* **C13.–** *Tumeur maligne de l'hypopharynx* **C14.–** *Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, de sièges autres et mal définis* **C30.0–** *Tumeur maligne des fosses nasales* **C31.–** *Tumeur maligne des sinus de la face* **C32.–** *Tumeur maligne du larynx* **C41.–** *Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire, de sièges autres et non précisés* **C49.0** *Tumeur maligne du tissu conjonctif et du tissu mou de la tête, de la face et du cou* **C69.5** *Tumeur maligne de la*	

		glande et du canal lacrymaux **C76.0** *Tumeur maligne de la tête, de la face et du cou* **C77.0** *Tumeur maligne secondaire des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou*	
MÉLANOME	Pour la stadification d'une maladie avec atteinte des ganglions pour laquelle une chirurgie est prévue; pour la stadification chez les patients présentant des mélanomes accompagnés de tumeurs localisées « à haut risque » possiblement résécables; ou pour l'évaluation des patients atteints de mélanomes et de métastases localisées au moment de la récidive lorsqu'une ablation des métastases est envisagée.	**C43.–** *Mélanome malin de la peau* **C77.–** *Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée* **C78.–** *Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs* **C79.–** *Tumeur maligne secondaire des sièges autres et non précisés*	3.**.70.CJ
POUMON	Pour un nodule pulmonaire solitaire (NPS) (solide ou semi-solide, sauf les nodules en verre dépoli) non diagnostiqué chez les patients pour qui une biopsie transthoracique à l'aiguille présente un risque élevé; pour un NPS lorsque le diagnostic de nodule pulmonaire ne peut pas être établi au moyen d'une biopsie à l'aiguille à la suite des tentatives infructueuses visant à effectuer une biopsie à l'aiguille; lorsque le NPS est inaccessible avec une aiguille; ou lorsqu'il existe une contre-indication concernant la pratique d'une biopsie à l'aiguille.	**C34.–** *Tumeur maligne des bronches et du poumon* **C77.–** *Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée* **C78.–** *Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs* **C79.–**	3.**.70.CJ

	Pour la première stadification chez des patients pour qui un traitement curatif potentiel est envisagé d'après les résultats négatifs aux examens d'imagerie réguliers; OU pour la stadification chez des patients qui présentent une récidive locorégionale après un premier traitement, pour qui un traitement de sauvetage définitif est envisagé.	*Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés* **J98.4** *Autres affectations pulmonaires*	
	Pour la première stadification, la restadification, une maladie récidivante ou les cas de tumeurs primaires multiples pour lesquels un traitement curatir potentiel est envisagé.		
	Pour la stadification chez des patients présentant une récidive locorégionale après un premier traitement, pour qui un traitement de sauvetage définitif est envisagé.		
	Pour la stadification lorsqu'une maladie à un stade peu avancé est soupçonnée chez des patients atteints d'un cancer pulmonaire à petites cellules, à qui un plan de radiothérapie limité pourrait convenir; pour le cancer pulmonaire à petites cellules, lorsqu'il s'agit d'un cancer pulmonaire à petites cellules limité et que des traitements combinés de chimiothérapie et de radiothérapie sont envisagés.		
LYMPHOME	Pour la stadification de base chez les patients atteints de lymphomes agressifs pour qui un traitement curatif est envisagé; pour la stadification de base chez les patients atteints de lymphomes indolents pour qui un traitement agressif ou curatif est envisagé.	**C81.–** *Lymphome de Hodgkin* **C82.–** *Lymphome folliculaire* **C83.–** *Lymphome non folliculaire* **C84.–** *Lymphomes à cellules T/NK matures* **C85.–** *Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés* **C86.–** *Autres types précisés de*	3.**.70.CJ
	Pour l'évaluation des masses restantes à la suite de la chimiothérapie chez un patient atteint d'un lymphome hodgkinien ou non hodgkinien, lorsqu'un traitement possiblement curatif (comme la radiothérapie ou la greffe de cellules souches) est envisagé.		

	Pour l'évaluation de la réponse d'un lymphome hodgkinien après deux ou trois cycles de chimiothérapie, lorsque la chimiothérapie est considérée comme le seul traitement définitif	*lymphomes à cellules T/NK* **C88.4–** *Lymphome extranodal à cellules B de la zone marginale du tissu lymphoïde associé aux muqueuses [lymphome MALT]*	
CANCER DU TESTICULE	Pour l'évaluation d'une masse résiduelle; pour les tumeurs des cellules germinales, lorsqu'une maladie persistante est soupçonnée en raison de la présence d'une masse résiduelle à la suite du premier traitement contre un séminome et qu'une résection chirurgicale curative est envisagée.	**C62.–** *Tumeur maligne du testicule*	3.**.70.CJ
	Pour les tumeurs des cellules germinales, lorsqu'une récidive est soupçonnée en raison des marqueurs tumoraux qui sont élevés (sous-unité béta de l'hormone gonadotrophine chorionique humaine ou alpha-foetoprotéine) et que les résultats des examens d'imagerie réguliers sont négatifs.		
CARCINOME DE LA THYROÏDE	Pour le dépistage d'une récidive soupçonnée en raison de l'augmentation du taux de thyroglobuline, lorsque les résultats de l'examen à l'iode 131 sont négatifs; pour le dépistage d'une maladie récidivante ou persistante soupçonnée en raison du taux de thyroglobuline qui est élevé ou en hausse, lorsque les résultats aux examens d'imagerie réguliers, y compris l'examen à l'iode 131 ou l'échographie du cou, sont négatifs ou ambigus.	Tumeur maligne de la thyroïde	3.**.70.CJ

Comment facturer les médicaments chimiothérapeutiques (codes 56 et 66)

	Scénario 1		Scénario 2		Scénario 3	
	Médicament	Coût ($)	Médicament	Coût ($)	Médicament	Coût ($)
Exemples :						
Médicaments chimiothérapeutiques fournis au patient :						
14 août 2019	Fluorouracile	14,22	Fluorouracile	14,22	Fluorouracile	14.22
14 août 2019	Trastuzumab	2 968,00	Trastuzumab	2 968,00	Cyclophosphamide	45,10
14 août 2019	--	--	Épirubicine	93,39	Épirubicine	93,39
ÉTAPE 1 – Établissement du code de service, de la facture et des exigences d'approbation préalable						
Coûts totaux 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 56 pour un médicament de moins de 1 000 $ ou code 66 pour un médicament de 1 000 $ ou plus)		66		66		56
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 51 – Services de consultation externe)		321,00		321,00		321,00
Coût total demandé (coût total médicaments + consultation)		3 303,22		3 396,61		473,71

Comment facturer les services de laboratoire selon les scénarios suivants

Scénarios	Coût < ou = 161 $	Coût > 161 $
Échantillons envoyés d'ailleurs	Code 55	Code 65
Patient qui se présente au laboratoire d'établissement avec une référence de l'extérieur de l'hôpital	Code 55	Code 65
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire le même jour	Code 51	Code 51 si le coût du service de laboratoire est de 321 $ ou moins Code 65 si le coût du service de laboratoire est de plus de 321 $ 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 51 pour visite à l'urgence et code 55 pour laboratoire	Code 51 pour visite à l'urgence et code 65 pour laboratoire

5 Paiement

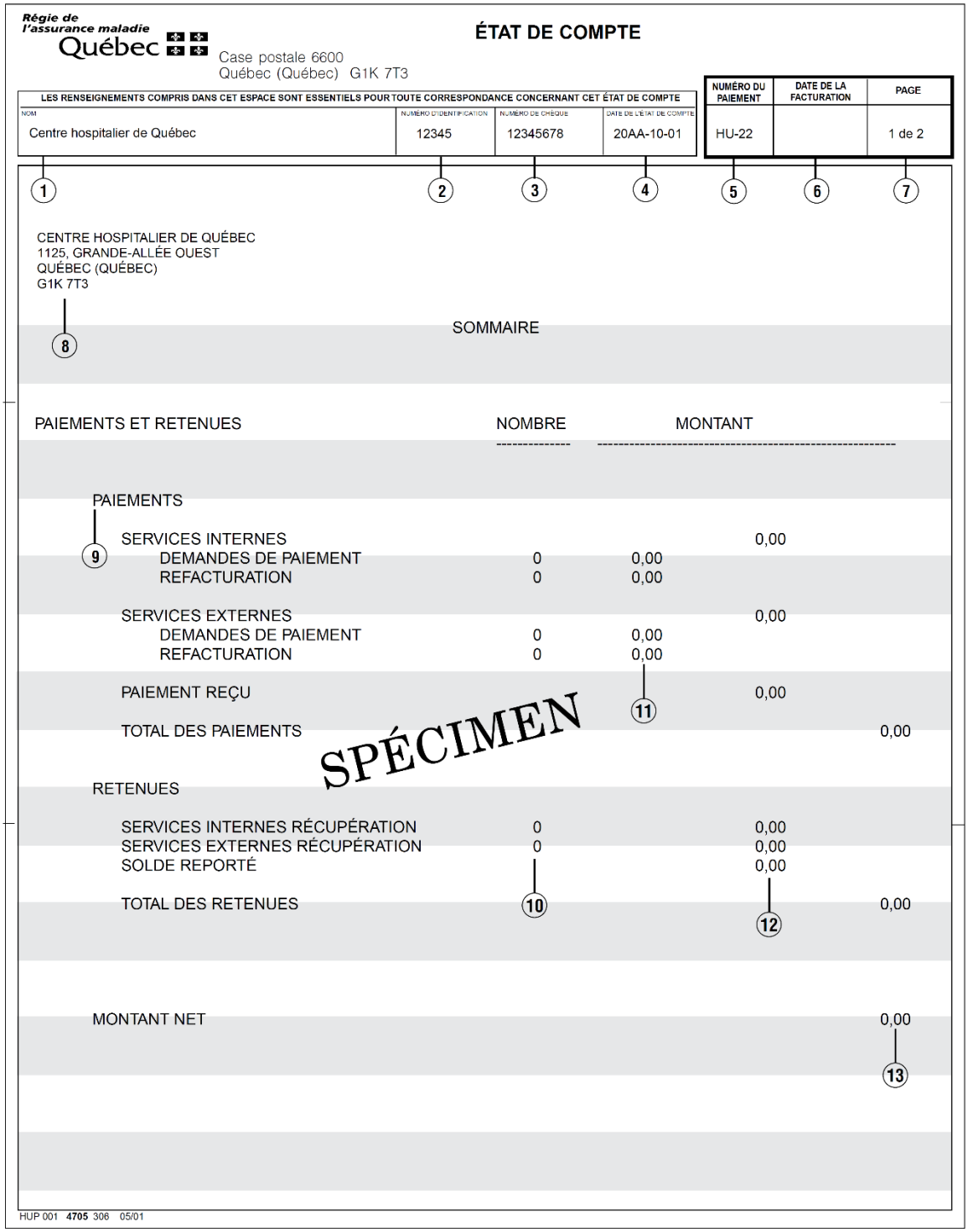
5.1 Mode de paiement

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 RAMQ 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 RAMQ. 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 RAMQ procédera alors aux ajustements nécessaires lors d'un paiement ultérieur.

5.2 État de compte



Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DE CHÈQUE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
Centre hospitalier de Québec	12345	12345678	20AA-10-01

NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE
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		0,00	
11			
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.

Numéro d'identification : Code de l'établissement (numéro corporatif).

Numéro de chèque : Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.

Date de l'état de compte : Date du paiement.

Numéro du paiement : Numéro du cycle du paiement.

Date de la facturation : Non applicable.

Page : Numéro de page.

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.

Paiements et retenues : Sommaire des paiements et des retenues pour les services internes et externes.

Nombre : Cumulatif selon les différents types de demande (demande de paiement, de refacturation ou de récupération pour les services internes et externes).

Montant (col 1) : Cumulatif des paiements selon les différents types de demande (demande de paiement et de refacturation).

Montant (col 2) : Cumulatif des paiements selon les différents types de transactions (services internes, services externes ou récupération pour les services internes et externes).

Montant (col 3) : Cumulatif total des paiements et des retenues ainsi que le montant net.

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

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

NUMÉRO DU PAIEMENT	DATE DE LA FACTURATION	PAGE
HU-22		2 de 2

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DE CHÈQUE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
Centre hospitalier de Québec	12345	12345678	20AA-10-01

DÉTAILS DES DEMANDES

SERVICES INTERNES

IDENTIFIANT DE LA DEMANDE (14)	NO. ASS. SANTÉ (15)	NOM ET PRÉNOM (16)	DATE DÉBUT (17)	DATE FIN (18)	CODE (19)	MONTANT DEMANDÉ (20)	MONTANT AUTORISÉ (21)	TYPE (22)	CODE DE MESSAGE (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

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

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.

No. ass. santé : Numéro d'assurance santé du patient.

Nom et prénom : Nom et prénom de la personne assurée.

Date début : Date de début de facturation pour les services internes et date de service pour les services externes.

Date fin : Date de fin de facturation pour les services internes. Ce champ est laissé vide pour les services externes.

Code : Code du service.

Montant demandé : Montant demandé pour le service.

Montant autorisé : Montant autorisé pour le service.

Type : Type de demande.

Code de message : Code du message explicatif.

Description des types de demande : Description des types de demande.

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 RAMQ.

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 RAMQ est inexact, incomplet ou insuffisant, il peut en demander la réévaluation en adressant à la RAMQ 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 RAMQ pour présenter des demandes de réévaluation à la province ou au territoire de résidence des personnes assurées. Pour permettre à la RAMQ 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 est disponible sur le site Web de la RAMQ en format PDF (version imprimable) à l'onglet *Manuel* de la section réservée aux établissements du réseau de la santé, 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 RAMQ 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 RAMQ, 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 RAMQ 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 RAMQ un nom d'utilisateur sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Web de la RAMQ 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 Adresses 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) C0A 1R0 Téléphone : 902 838-0931
Nouvelle-Écosse	Physician billing: Medical Services Insurance PO Box 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1 Téléphone: 902 496-7008 Hospital billing: 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

Provinces / territoires	Adresses
Ontario	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 Ministry of Health and Long-Term Care (facturation des services médicaux) Claims processing 700-75 Albert Street Ottawa (Ontario) K1P 5Y9 Téléphone : 613-237-9100
Manitoba	Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7303 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (poste 7303)
Saskatchewan	Saskatchewan Health T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : 306 787-3442
Alberta	Adresse principale : Edmonton Alberta Health 10025 Jasper Avenue P. O. Box 1360 Stn main Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 422-1954
Colombie-Britannique	Medical Services Plan P. O. Box 9480 Stn Prov Govt Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E7 Téléphone : 604 456-6950 Fax : 250 405-3588
Yukon	Health Services P. O. Box 2703, H-2. Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone : 867 667-5209
Territoires du Nord-Ouest	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

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.	**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 Téléphone : 709 729-3108 Télécopieur : 709 729-1918 Courriel : treenanippard@gov.nl.ca	S. O.
Î.-P.-É.	**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 Téléphone : 902 368-6736 Télécopieur : 902 620-3072 Courriel : lekelly@gov.pe.ca	S. O.
N.-É.	**Mme Joanne Houlihan** Téléphone : 902 473-4123 Télécopieur : 902 473-3150 Courriel : Joanne.Houlihan@nshealth.ca	S. O.
N.-B.	**Dr Zeljko Bolesnikov** Consultant médical – Assurance-maladie Ministère de la Santé du N.-B. Téléphone : 506 453-4294 Télécopieur : 506 457-7671 Courriel : zeljko.bolesnikov@gnb.ca	**Karen Crawford** Gestionnaire d'adjudication des réclamations et à la vie privée Assurance-maladie du N.-B. Téléphone : 506 444-4747 Télécopieur : 506 453-5332 karen.crawford@gnb.ca

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
Qc	**Mme Anne Vézina** Conseillère aux programmes hors Québec Régie de l'assurance maladie du Québec Téléphone : 418 682-5133 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. anne.vezina@ramq.gouv.qc.ca	**M. Bruno Samson** Agent d'évaluation, programmes hors Québec Régie de l'assurance maladie du Québec Téléphone : 418 682-5133 Télécopieur sécurisé : 418 646-3492 Transmettre vos demandes par télécopieur sécurisé. bruno.samson@ramq.gouv.qc.ca
Ont.	**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée** Téléphone : 1 888 359-8807 Télécopieur : 613 536-3181 ou 1 866 221-3536 OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca	**Mme Hilary Bates** Analyste de programmes, Équipe des politiques et des projets Direction générale des services de santé Téléphone : 613 536-3088 Télécopieur : 613 900-0536 Interprovincebilling.MOH@ontario.ca
Man.	**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 Téléphone : 204 786-7380 Télécopieur : 204 772-2248 Courriel : Deb.Slobogian-Jones@gov.mb.ca	S. O.
Sask.	**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 Téléphone : 306 655-2875 Télécopieur : 306 655-1079 Cellulaire : 306 261-2352 Courriel : kathy.gesy@saskcancer.ca ET pharmdirector@saskcancer.ca	**Denise Grad** Directrice intérimaire., Régimes d'assurance Direction générale des services médicaux Ministère de la Santé de la Saskatchewan Téléphone : 306 787-3425 Télécopieur : 306 787-3761 Courriel : dgrad@health.gov.sk.ca

PT	Principale personne-ressource	Autre personne-ressource
Alb.	**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, 12e étage 10025, avenue Jasper Edmonton (Alb.) T5J 1S6 Téléphone : 780 415-1608 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : helen.trotter@gov.ab.ca	**M. Nelson Candeias** Analyste principal des activités Direction générale des programmes d'assurance-santé Téléphone : 780 415-1495 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : nelson.candeias@gov.ab.ca **Mme Jennifer Moore** Gestionnaire, Gestion des réclamations Direction générale des programmes d'assurance-santé Téléphone : 780 415-0186 Télécopieur : 780 422-1958 Courriel : jennifer.moore@gov.ab.ca
C.-B.	Contact : bccapatientbilling@bccancer.bc.ca	Non disponible
Yn	**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 Téléphone : 867 667-5822 Télécopieur : 867 393-6486	**Gregor Gabb** Analyste en information de la santé Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Yukon Téléphone : 867 667-5706 Télécopieur : 867 393-6486
T.N.-O.	**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, 2e étage, Édifice IDC Téléphone : 800 661-0830, poste 17 Télécopieur : 867 777-3197 Courriel : roslyn_watters@gov.nt.ca	S. O.
Nu.	**Jim Arklay** Téléphone : 867 645-8053 Télécopieur : 867 645-8092 Courriel : jarklay@gov.nu.ca	**Annamarie Hedley** Téléphone : 867 645-8002 Télécopieur : 867 645-8092 Courriel : ahedley@gov.nu.ca