

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

**MISE À JOUR : 27
AVRIL 2013**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

- **PERSONNES ASSURÉES**
 - Ajout de nouvelles cartes santé pour la Colombie-Britannique
Page : [3](#)
- **SERVICES**
 - Modifications d'ordre administratif
Page : [1](#)
- **DEMANDE DE PAIEMENT**
 - Modifications d'ordre administratif
Page : [8](#)
- **TARIFS INTERPROVINCIAUX**
 - Modification des tarifs
Page : [1](#)
 - Modification des règles de facturation
Page : [2](#)
- **MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS**
 - Modifications d'ordre administratif
Pages : [1](#) à 3

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 288 / 2013-03-18

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-48902-3

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels



**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ
SERVICES HOSPITALIERS EXTERNES
(N° 430)**

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN 978-2-550-48902-3

INTRODUCTION

Le manuel des Ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers externes, 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 externes entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

En vertu de cet accord, la Régie rembourse aux établissements les coûts des services 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 externes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

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

Site Internet de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

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

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

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

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Ce guide est également disponible dans notre site Internet. 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 : 1 800 463-7763

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-3492

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour
ZZ	= ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> - le 99 indique une modification d'ordre administratif (ex.: ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.); - le 00 démontre qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'un règlement.

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

Remarque : La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES	1
1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD	1
1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD	1
1.3 PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	2
2. SERVICES	1
2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD	1
2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD	2
3. DEMANDE DE PAIEMENT	1
« SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE » (<i>Formulaire n° 2597</i>)	
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION (<i>Formulaire n° 2597</i>)	3
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
3.3 EXPÉDITION	8
3.4 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE	9
4. PAIEMENT	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 ÉTAT DE COMPTE	2
4.2.1 Description	3
4.3 RETARD DE PAIEMENT	6
4.4 RÉÉVALUATION	6
5. TARIFS INTERPROVINCIAUX	1
5.1 TARIFS DES SERVICES	1
# 6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS	1
# 6.1 MANUEL	1
# 6.1.1 Manuel sur Internet	1
# 6.1.2 Manuel papier et commande	1
# 6.2 FORMULAIRES	1
# 6.2.1 Formulaires sur Internet	1
# 6.2.2 Formulaires papier	1
# 6.2.3 Commande	1
# 6.3 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS	1
# 6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	2

COLOMBIE-BRITANNIQUE (suite)



a) NOUVELLE CARTE SANTÉ ET PERMIS DE CONDUIRE AVEC PHOTO

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

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



b) NOUVELLE CARTE SANTÉ AVEC PHOTO

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

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

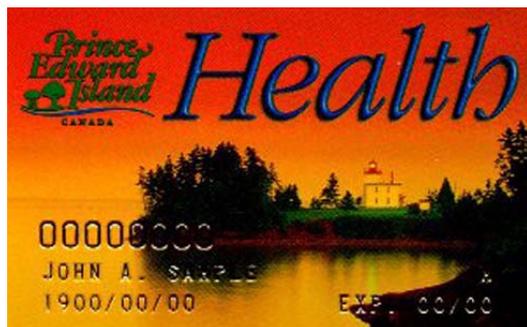


c) NOUVELLE CARTE SANTÉ SANS PHOTO

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

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

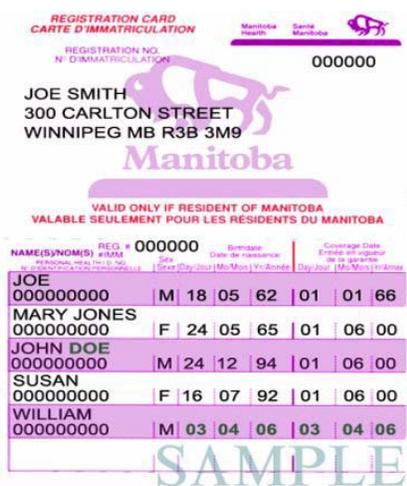
ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD



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

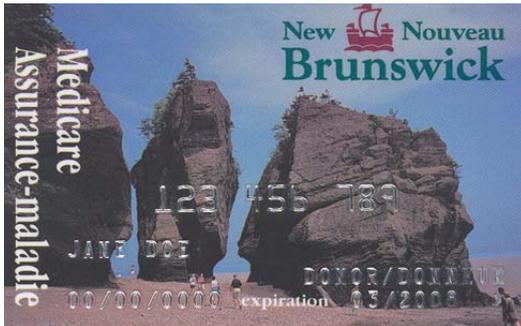
Attention à la date d'expiration.

MANITOBA



La carte santé du Manitoba est en papier blanc et mauve et porte le titre « Certificat d'immatriculation ». Le texte pré-imprimé est en mauve et rouge. Les renseignements personnels sont inscrits à l'encre noire. Une section du certificat comprend un numéro d'immatriculation familial au nom et à l'adresse du chef de famille. Dans l'autre section, on retrouve les prénoms des membres de la famille, un numéro d'identification personnel à 9 chiffres (numéro d'assurance maladie) pour chacune des personnes assurées, le sexe, le mois et l'année de naissance de la personne ainsi que la date d'entrée en vigueur de la garantie.

NOUVEAU-BRUNSWICK



La carte santé est en plastique et présente un paysage du Nouveau-Brunswick, soit les Rochers Pot-de-fleurs de Cap Hopewell. Le logo du Nouveau-Brunswick apparaît dans le coin supérieur droit.

La carte contient le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres, le nom et la date de naissance de la personne assurée ainsi qu'une date d'expiration. Ces renseignements sont inscrits en relief de couleur argent. Cette carte est la seule valide et remplace toutes les cartes émises précédemment.

Attention à la date d'expiration.



ONTARIO

L'Ontario a présentement 4 modèles de carte en circulation.



a) LA CARTE AVEC PHOTO

Une carte en plastique sur fond vert et blanc portant le numéro d'assurance maladie à 10 chiffres suivi d'un code à 2 lettres, le nom, la date de naissance, le sexe et la signature de la personne assurée ainsi que les dates d'émission et d'expiration de la carte. Généralement, la carte porte la photo de la personne assurée. Dans le cas où la personne est exemptée de la photo, la fleur du trille apparaît à sa place.

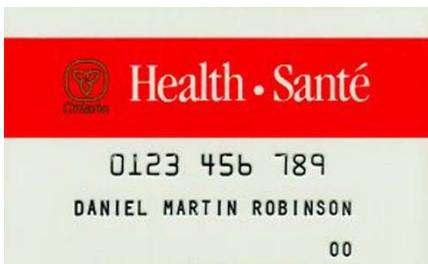
Attention à la date d'expiration.



b) NOUVELLE CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente. La principale différence c'est le fond couleur de la photo et la même photo miniaturisée en noir et blanc au bas droit de la carte.

Attention à la date d'expiration.



c) LA CARTE ORIGINALE ROUGE ET BLANC

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

ONTARIO (suite)

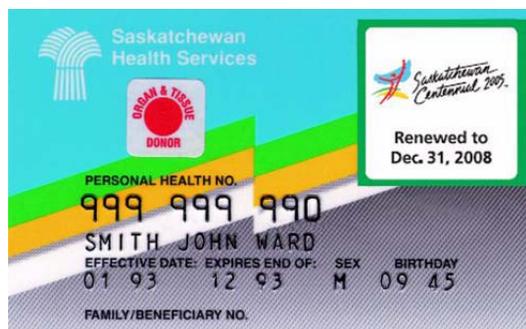


d) LA CARTE DES 65 ANS

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

SASKATCHEWAN

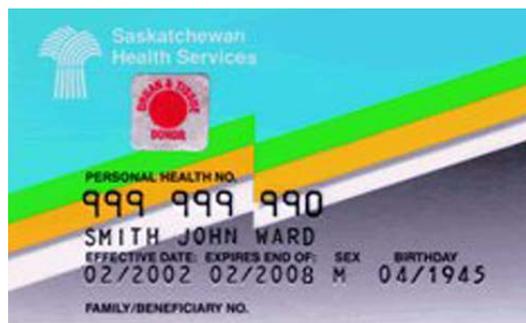
La carte santé de la Saskatchewan est en plastique. La partie supérieure est bleue et la partie inférieure est grise. Elle est traversée, au centre, par des rayures verte, jaune et blanche. On retrouve sur la carte le numéro d'assurance maladie à 9 chiffres (Personal Health No.), le nom, le sexe, le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



a) CARTES ÉMISES EN 2005 OU AVANT

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

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



b) CARTES ÉMISES APRÈS 2005

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

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

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

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

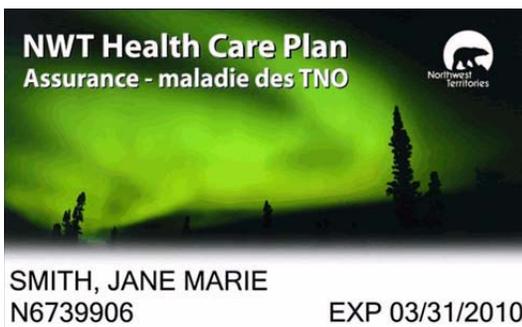
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



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

Attention à la date d'expiration.

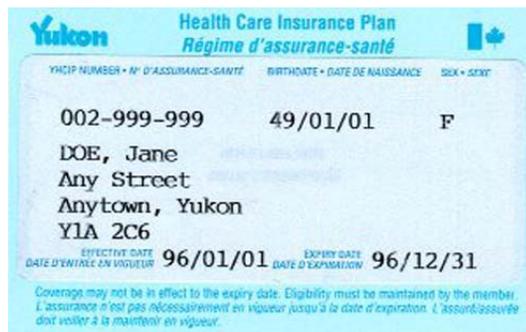
TERRITOIRES DU NORD-OUEST



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

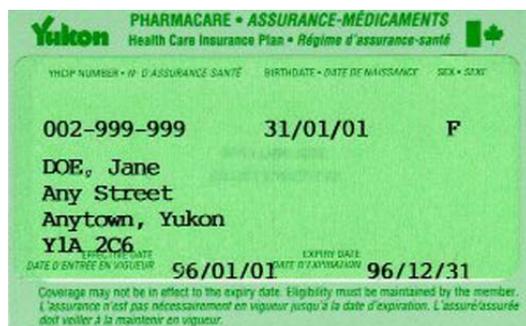
Attention à la date d'expiration.

YUKON



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

Attention à la date d'expiration.



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

Attention à la date d'expiration.

2. SERVICES

2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les services couverts en vertu de l'accord sont :

- Consultation externe (à l'exception des services identifiés spécifiquement à la section 2.2);
- Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque);
- Hémodialyse;
- Tomographie avec ordinateur (scanographie);
- Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont pas inclus dans aucun autre code de service;
- Visite et traitement par chimiothérapie;
- Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- # - Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOG)
- Imagerie par résonance magnétique (comprenant les services du radiologiste);
- Services de radiothérapie;
- Stimulateurs cardiaques et implants cochléaires;
- Procédures coûteuses pour les services de laboratoire (exluant le dépistage génétique).

Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire *in vivo*, de tomographie avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle).

Dans le cas où un patient est hospitalisé pour des services internes et qu'il reçoit des services de consultation externe dans un autre hôpital, l'hôpital fournissant les services de consultation externe peut facturer les services fournis selon les règles et le tarif interprovincial en vigueur.

2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- Avortements thérapeutiques;
- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- Services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste;
Note : un service dentaire dispensé par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu.
- Fécondation *in vitro* et insémination artificielle;
- Lithotripsie pour lithiases vésiculaires;
- Changement de sexe;
- Examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;
- Traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
- Acupuncture, acupressure, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biorétroaction (biofeedback), hypnothérapie;
- Services assurés par d'autres organismes : Gendarmerie royale du Canada (GRC), Forces armées, commission d'indemnisation des accidents du travail, ministère des Anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux);
- Services fournis à la demande d'un tiers;
- Conférence d'équipe;
- Dépistage génétique et autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN;
- Interventions qui demeurent au stade expérimental du développement ou de la recherche clinique;
- Télémédecine;
- Tomographe par émission de positrons et scalpel gamma;
- Autres services exclus :
 - médicaments à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes 06 et 07 pour les services aux malades externes);
 - soins à domicile;
- Services d'anesthésie et services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.

Vous **devez** communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec au numéro indiqué ci-après pour obtenir plus de renseignements sur les services qui sont exclus de l'accord de facturation réciproque. La Régie de l'assurance maladie du Québec pourra ainsi indiquer si les services sont couverts ou non et conseiller l'hôpital en ce qui concerne les modalités de facturation.

Numéro de téléphone

- Québec : 1 800 463-4776 (sans frais d'interurbain)

Vous devez également obtenir, par écrit, l'accord de la province ou du territoire de résidence avant de facturer à la Régie des services exclus (consultez la section 6.3 pour connaître les adresses et les numéros de téléphone des provinces et des territoires).

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**7. 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
Ile-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

8. 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.

9. Ligne de service :

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

10. 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 trois 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 nouveaux-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer aux parents les services externes fournis.

11. Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :

Inscrire le nom de famille ainsi que le prénom de la personne assurée **qui figurent sur la carte**.

12. Date d'expiration de la carte :

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

13. Indicateur de nouveau-né :

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

14. Date de naissance de la personne assurée :

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

15. Sexe de la personne assurée :

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

16. Date du service :

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

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**17. Code de service :**

Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe standard	01
Chirurgie d'un jour (incluant le traitement d'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque).	02
Hémodialyse	03
Tomographie avec ordinateur	04
Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service.	05
Visite et traitement par chimiothérapie	06
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
# Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)	08
Imagerie par résonance magnétique	11
Service de radiothérapie	12
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	13
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	15

18. Code de diagnostic :

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

19. Code d'intervention :

Inscrire obligatoirement le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes d'intervention.

20. Attribut d'intervention :

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

21. Renseignements complémentaires :

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

22. Tarif du service :

Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section 5. *Tarifs interprovinciaux*).

23. 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).

24. Attestation de l'établissement :

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

3.3 EXPÉDITION

La première copie du formulaire doit être expédiée à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

5.1 TARIFS DES SERVICES

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

Ces tarifs **incluent tous les services** fournis au patient en services externes ou à l'urgence. Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire *in vivo*, de tomographie avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, **les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise** (composante professionnelle).

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2013.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
+ 01	Consultation externe standard – Comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux et exclut des services faisant partie d'autres codes de service. (voir la note n ^o 3)	287,00
+ 02	Chirurgie d'un jour – Comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque (tant le côté technique de l'imagerie diagnostique que le volet soins infirmiers et soins intensifs de cette intervention). (voir la note n ^o 4).	1 171,00
+ 03	Hémodialyse	473,00
+ 04	Tomographie avec ordinateur	683,00
+ 05	Procédures 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 procédures de laboratoire en consultation externe et les prélèvements en laboratoire, sauf ceux qui font partie du code pour les procédures coûteuses de laboratoire en consultation externe (code de service 15). (voir la note n ^o 5)	143,00
+ 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer.	1 313,00
+ 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 218 \$ plus le coût réel des médicaments.	
+ 08	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)(la lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue)	518,00
+ 09	Annulé - Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies.	
+ 10	Annulé – Deuxième consultation externe le même jour	
+ 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste	675,00
+ 12	Service de radiothérapie.	349,00
+ 13	Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires : le prix indiqué sur la facture de l'implant spécial (facture requise), plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour.	
+ 15	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire de plus de 143 \$ qui ne sont pas inclus sous un autre code de service. On doit utiliser le tarif prévu dans le barème des prestations pour la médecine de laboratoire de la province concernée. Lorsque le tarif ne figure pas au barème, on doit utiliser un tarif négocié entre les provinces (le dépistage génétique est exclu).	

Depuis le 1^{er} avril 2006, il est possible de facturer un service hospitalier codé 01 à 15 dispensé le jour même de l'admission du patient à l'hôpital ou de son congé.

5.2 RÈGLES POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES**Notes :**

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. Il convient de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.
- + 3. Un patient externe est une personne qui a été officiellement inscrite par un hôpital et qui reçoit au minimum un service de santé sans être admise à titre de patient hospitalisé et dont les renseignements personnels ont été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et à qui un seul identifiant a 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. Comprend la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Exclut 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.
4. 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).
 5. 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'exécution d'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.

6. MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

6.1 MANUEL

6.1.1 MANUEL SUR INTERNET

Le manuel destiné aux établissements de la santé est mis à jour régulièrement et disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

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

6.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

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

Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire *Demande de manuel ou brochure (format papier)* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Internet de la Régie.

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

6.2 FORMULAIRES

6.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

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

6.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, l'établissement de la santé utilisant la demande de paiement (n° 2597), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable.

Seules les commandes formulées par l'établissement de la santé lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

D'autres formulaires et demandes de paiement papier sont disponibles. La liste des principaux formulaires papier est au verso du formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491).

6.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le site Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Pour acheminer votre demande, référez-vous aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

6.3 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Pour obtenir des renseignements sur le règlement des demandes de paiement déjà soumises à la Régie, les établissements doivent écrire à l'adresse suivante :

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

Remarque : La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

Ce guide est également disponible dans notre site Internet. Les cartes santé sont reproduites en couleurs. Vous pouvez y accéder, en tout temps, à www.ramq.gouv.qc.ca.

6.4 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

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

PROVINCES / TERRITOIRES	ADRESSES
Terre-Neuve-et-Labrador	Department of Health and Community Services Confederation Building P.O. Box 8700 St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6 Téléphone 1 : 709 729-3996 Téléphone 2 : 709 729-5222
Ile-du-Prince-Édouard	Department of Health and Social Services Medicare Division 35 Douses Road P.O. Box 3000 Montague (île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0 Téléphone : 902 838-0931
Nouvelle-Écosse	Department of Health Joseph Howe Building 1690 Hollis Street P.O. Box 488 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1V8 Téléphone : 902 424-5674
# Nouveau-Brunswick	Department of Health Medicare Eligibility and Claims B.P. 5100 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8 Téléphone : 506 457-4800
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 Appels sans frais : 1 800 561-9749 (d'une autre localité du Québec)
Ontario	Ontario-Ministry of Health and Long-Term Care MacDonald-Cartier Building Financial Management Branch 2 nd floor 49 Place D'Armes Kingston (ON) K7L 5J3 Téléphone 613 548-6600 (reciprocal hospital billing) Ontario-Ministry of Health and Long-Term Care
Manitoba	Manitoba Health 300 Carlton Street Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9 Téléphone : 204 786-7101 Appel sans frais : 1 800 392-1207 (Amérique du Nord)
# Saskatchewan	Ministry of Health Medical Services Branch T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Régina (Saskatchewan) S4S 6X6 Téléphone : 306 787-3475

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

PROVINCES / TERRITOIRES	ADRESSES
Alberta	Adresse principale : Edmonton Alberta Health and Wellness 10025 Jasper Avenue P.O. Box 1360 Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Téléphone : 780 427-1432
Colombie-Britannique	Ministry of Health Out of Province Claims 1515 Blanshard Street Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8 Téléphone 1 : 250 952-1036 Téléphone 2 : 250 952-1334 (Pour demandes de remboursement hors province)
# Yukon	Insured Health and Hearing Branch Department of Health and Social Services Government of Yukon H-2, Box 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6 Téléphone 1 : 867-667-5202 Téléphone 2 : 867 667-8949 (Pour demandes de remboursement hors province)
Territoires du Nord-Ouest	Department of Health and Social Services Health Services Administration Inuvik Branch Office 2 nd Floor, IDC Building Bag Service #9 Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0 Appels sans frais : 1 800 661-0830
# Nunavut	Health Insurance Programs Department of Health and Social Services Government of Nunavut Box 889 Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0 Téléphone : 867 645-8001