

# COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>  
Courriel : [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)  
INFO PROF : Québec (418) 528-7763  
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763



## POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

**Assistance aux professionnels**  
Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480  
Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick 1 800 463-4776  
**Télécopieur**  
Québec (418) 646-9251  
Montréal (514) 873-5951

Québec, le 29 mars 2005

À l'attention des directeurs généraux et des directeurs des finances des établissements hospitaliers autorisés à facturer des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et des territoires

- **Nouveaux tarifs de facturation interprovinciale-territoriale des services hospitaliers à compter du 1<sup>er</sup> avril 2005**
- **Frais de transport en ambulance**
- **Carte-santé du Manitoba**

### Nouveaux tarifs journaliers des services internes

Vous avez reçu ou vous recevrez prochainement du ministère de la Santé et des Services sociaux, par la voie de votre agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le nouveau tarif journalier alloué à votre établissement pour la facturation des services hospitaliers internes rendus à des résidents des autres provinces ou des territoires du Canada. Nous vous rappelons que ce nouveau tarif est applicable aux services hospitaliers internes qui seront rendus à compter du **1<sup>er</sup> avril 2005**.

Le tarif journalier interprovincial-territorial pour un **nouveau-né** sera de 297 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2005.

La Régie de l'assurance maladie du Québec appliquera automatiquement le nouveau tarif journalier alloué à votre établissement ainsi que le nouveau tarif pour un nouveau-né si vous avez facturé ces services à l'ancien tarif.

### Nouveaux tarifs des services externes

Nous présentons, à l'Annexe 1, la nouvelle tarification des services externes rendus en établissement à un résident d'une autre province ou d'un territoire. Ces nouveaux tarifs seront applicables aux services externes qui seront rendus à compter du **1<sup>er</sup> avril 2005**.

Veillez utiliser cette annexe pour mettre à jour votre manuel de facturation intitulé : *Guide du programme interprovincial de services externes*. Vous pouvez également consulter ce manuel dans le site Internet de la Régie à :

[http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/manuel/manu\\_tdm.shtml](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/manuel/manu_tdm.shtml)

Vous noterez que la chimiothérapie anticancéreuse (code de service 06) devra dorénavant être facturée à tarif fixe.

Vous remarquerez, également, la nouvelle modalité tarifaire de la thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance. Dans tous les cas, veuillez facturer le coût réel du médicament **en plus** du tarif de la consultation externe standard et inscrire le montant total sous le code 07.

La Régie de l'assurance maladie du Québec appliquera automatiquement le nouveau tarif si vous avez facturé à l'ancien tarif.

#### Nouveaux tarifs des interventions chirurgicales très coûteuses

L'Annexe 2 présente la nouvelle tarification des interventions chirurgicales très coûteuses qui sera applicable aux services qui seront rendus à un résident d'une autre province ou d'un territoire à compter du **1<sup>er</sup> avril 2005**.

Deux codes de services ont été ajoutés à la grille tarifaire : le code 100 pour la facturation du coût d'obtention d'un organe à l'extérieur du Canada et le code 108 applicable à la transplantation d'un rein et d'un pancréas au cours d'une même intervention.

La Régie de l'assurance maladie du Québec appliquera automatiquement le nouveau tarif si vous avez facturé à l'ancien tarif.

#### Nouveaux tarifs des services de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches et d'utilisation d'anticorps monoclonaux

L'Annexe 3 présente la nouvelle grille tarifaire des services de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches et d'utilisation d'anticorps monoclonaux qui sera applicable aux services qui seront rendus à un résident d'une autre province ou d'un territoire à compter du **1<sup>er</sup> avril 2005**.

Le code 607 a été ajouté à la grille tarifaire pour distinguer les greffes effectuées à partir de donneurs apparentés de celles effectuées à partir de donneurs non apparentés.

Vous noterez, également, que le séjour maximal a été modifié.

La Régie de l'assurance maladie du Québec appliquera automatiquement le nouveau tarif si vous avez facturé à l'ancien tarif.

### Frais de transport en ambulance

Nous vous rappelons que les frais de transport en ambulance entre des hôpitaux pour des raisons diagnostiques et thérapeutiques sont compris dans le tarif normalisé en salle commune (per diem) lorsque l'aller et le retour sont effectués dans les 24 heures.

Par contre, pour toute autre raison, le transport en ambulance n'est pas un service assuré dans le cadre des ententes interprovinciales en assurance santé et peut être facturé directement au client.

### Carte-santé du Manitoba

La carte-santé du Manitoba comporte un numéro familial d'immatriculation à 6 chiffres et est émise au nom du chef de famille. Dans la partie droite de la carte apparaissent les noms des membres de la famille. Chaque membre possède un numéro personnel d'identification à 9 chiffres.

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2005, seul le numéro personnel d'identification à 9 chiffres sera utilisé pour identifier le résident et pour facturer les services qui lui auront été rendus.

Source : Direction des programmes hors du Québec et des aides techniques

p. j. Annexes – Tarifs interprovinciaux

## Annexe 1

### 5. TARIFS INTERPROVINCIAUX (En vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2005)

#### 5.1 Tarifs des services

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

Ces tarifs **incluent les interventions non-invasives et tous les services** fournis au patient en services externes ou à l'urgence. Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire in vivo, de tomographie axiale assistée par 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).

De plus, les services d'analyse en laboratoire sont considérés comme une consultation externe seulement si **le personnel** de l'établissement **qui présente la réclamation a reçu le patient et fait les prélèvements**.

Codes des services	Description	Tarif (\$)
01	Consultation externe standard (à l'exclusion des services particuliers énumérés ci-dessous) .....	158,00
02	Chirurgie d'un jour (comprenant l'oxygénothérapie hyperbare).....	635,00
03	Hémodialyse .....	341,00
04	Tomographie.....	310,00
05	Services d'analyse en laboratoire : Le tarif moyen pour tous les échantillons et prélèvements envoyés à un établissement pour un patient donné en vue de l'exécution d'épreuves de laboratoire sans la présence du patient .....	38,00
06	Chimiothérapie anticancéreuse .....	726,00
07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : On facturera le tarif de la consultation externe standard <b>en plus</b> du coût réel des médicaments. Le total ainsi obtenu doit être facturé sous le code 07.	
08	Lithotripsie pour calculs du cholédoque, par jour, comprenant les services de radiologie et d'ultrasonographie .....	786,00
	Remarque : Lithotripsie pour lithiases vésiculaires exclue	

<b>Codes des services</b>	<b>Description</b>	<b>Tarif (\$)</b>
09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein, par jour, comprenant les services de radiologie et d'ultrasonographie .....	786,00
11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services de radiologie .....	707,00
12	Service de radiothérapie.....	248,00
13	Remplacement d'un défibrillateur-stimulateur cardiaque ( <i>excluant toute autre sorte de stimulateur cardiaque</i> ) : Le prix indiqué sur la facture de l'implant spécial ( <i>facture requise</i> ) plus, soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour.	
15	Analyses coûteuses de prélèvements de laboratoire : On doit utiliser le taux du barème des prestations médicales pour la médecine de laboratoire de la province d'accueil; lorsque ce taux ne figure pas au barème, on doit utiliser un taux négocié entre les deux provinces. ( <i>Le tri génétique est exclu.</i> )	

Mise à jour –avril 2005

## Annexe 2

### Tarifs des interventions chirurgicales très coûteuses 1<sup>er</sup> avril 2005

Codes des services	Description	Tarif
	<b>Obtention d'organes</b>	
100	Obtention d'un organe à l'extérieur du Canada	S'il s'agit d'un cœur, d'un foie, d'un poumon ou de poumons des codes 101, 102, 103 ou 104, le coût réel d'obtention (en \$ CA) à l'extérieur du Canada <i>moins</i> 16 702 \$ (le coût estimé de l'obtention d'un organe au Canada).  S'il s'agit d'un rein ou d'un pancréas des codes 106 ou 108, le coût réel d'obtention (en \$ CA).  Vous devez joindre à la demande de paiement la facture indiquant les frais d'obtention de l'organe.
	<b>Transplantation d'organes</b>	
101	Cœur	88 662 \$
102	Cœur et poumon(s)	125 224 \$
103	Poumon(s)	143 193 \$
104	Foie	90 836 \$
106	Rein(s)	24 699 \$
108	Rein(s) et pancréas	30 429 \$
	<b>Lithotripsie</b>	
201	Lithotripsie pour calculs rénaux, comprenant les services de radiologie et d'ultrasonographie	786 \$ par rein, par jour, en supplément du tarif autorisé des services internes
202	Lithotripsie pour calculs du cholédoque (excluant la lithotripsie pour lithiases vésiculaires) comprenant les services de radiologie et d'ultrasonographie	786 \$ par jour, en supplément du tarif autorisé des services internes
	<b>Imagerie par résonance magnétique (IRM)</b>	
301	Imagerie par résonance magnétique, comprenant les services de radiologie	707 \$ maximum par jour, en supplément du tarif autorisé des services internes
	<b>Implants spéciaux</b>	
310	Implant cochléaire	Le prix d'achat de l'appareil <i>plus</i> le tarif journalier autorisé des services internes pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Vous devez joindre à la demande de paiement la facture d'acquisition de l'appareil.
311	Défibrillateur-stimulateur cardiaque (excluant toute autre sorte de stimulateur cardiaque)	Le prix d'achat de l'appareil <i>plus</i> le tarif journalier autorisé des services internes pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Vous devez joindre à la demande de paiement la facture d'acquisition de l'appareil.

Veillez vous référer aux règles d'application régissant la facturation des services de transplantation d'organes.

**RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES  
DE TRANSPLANTATION DE CŒUR, FOIE, POUMON, REIN OU PANCRÉAS (CODES 101 À 108)**

1. Tout séjour à l'hôpital, de l'admission au congé, qui est antérieur à l'admission pour une transplantation d'organe (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au tarif journalier (per diem) autorisé pour l'hôpital.
2. Tout séjour à l'hôpital qui fait suite au séjour au cours duquel la transplantation a eu lieu sera facturé au tarif journalier (per diem) autorisé pour l'hôpital.
3. Chaque consultation externe ayant lieu avant et après le séjour à l'hôpital pour l'intervention coûteuse sera facturée au tarif journalier interprovincial autorisé pour les consultations externes.
4. Chaque hôpital qui aura fourni les services peut facturer une transplantation d'organes de la façon suivante :
  - a) pour un patient hospitalisé, de l'admission au congé, au tarif interprovincial de transplantation convenu;
  - b) transplantations multiples, même patient, même séjour - en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples;
  - c) aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur naturel;
  - d) prélèvement d'organes - il est reconnu que les techniques et les coûts du prélèvement d'organes peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre et d'un cas à l'autre. Il reste néanmoins que les coûts de prélèvement de l'organe doivent être considérés comme faisant partie des coûts des fournitures nécessaires à l'intervention et, par conséquent, le coût est déjà inclus dans les tarifs de facturation interprovinciale, sauf en ce qui concerne les organes obtenus à l'extérieur du Canada;
  - e) tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation du même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, tel qu'indiqué précédemment;
  - f) Lorsqu'un organe est obtenu à l'extérieur du Canada, le coût d'obtention de l'organe peut être facturé à la province de résidence du patient selon la formule suivante : S'il s'agit d'un cœur, d'un foie, d'un poumon ou de poumons des codes 101, 102, 103 ou 104, le coût réel facturé (en \$ CA) *moins* 16 702 \$ (coût d'obtention d'un organe à l'intérieur du Canada). S'il s'agit d'un rein ou d'un pancréas des code 106 ou 108, le coût réel d'obtention (en \$ CA). La facture indiquant les frais d'obtention de l'organe doit être jointe à la demande de paiement.

Mise à jour –Avril 2005

### Annexe 3

#### Tarifs des services de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches et d'utilisation d'anticorps monoclonaux 1<sup>er</sup> avril 2005

Codes des services	Description	Séjour maximal (SM)	Tarif monolithique de base (\$)	Tarif journalier majoré et normalisé - Séjour excédant le SM
600	Coût d'obtention de la moelle osseuse, des cellules souches ou des anticorps monoclonaux (à l'extérieur du Canada)	--	Prix facturé en \$ CA (joindre la facture indiquant les frais d'obtention)	--
601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	--	19 282 \$	--
602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	--	23 138 \$	--
603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	43 384 \$	1 607 \$
604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	57 846 \$	2 892 \$
605	Greffe allogénique – chez l'adulte - Donneur apparenté au patient	25 jours	99 837 \$	1 714 \$
606	Greffe allogénique – chez l'enfant	25 jours	123 618 \$	3 107 \$
607	Greffe allogénique – chez l'adulte - Donneur non apparenté au patient	25 jours	120 512 \$	1 714 \$

Veillez vous référer aux règles d'application régissant les services de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches et l'utilisation d'anticorps monoclonaux.

## RÈGLES D'APPLICATION RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE MOELLE OSSEUSE OU DE CELLULES SOUCHES ET L'UTILISATION D'ANTICORPS MONOCLONAUX

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 journalier autorisé de l'hôpital.
2. Toute consultation externe sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
3. Chaque tarif monolithique comprend tous les frais d'établissement associés à une greffe unique, notamment les frais d'hospitalisation et de diagnostic. Aux fins du calcul du séjour maximal, le séjour en milieu hospitalier comprend la date de l'admission, mais pas la date de la sortie.
4. Le tarif journalier majoré et normalisé peut être appliqué pour les journées d'hospitalisation qui dépassent le séjour maximal prévu au cours de la période d'hospitalisation où la greffe a été pratiquée.
5. Frais d'obtention
  - a) Lorsque la moelle osseuse, les cellules souches ou les anticorps monoclonaux sont obtenus au Canada, les coûts sont compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de greffes de payer les frais d'obtention.
  - b) Lorsque la moelle osseuse, les cellules souches ou les anticorps monoclonaux sont obtenus à l'étranger, le coût facturé effectivement payé par le centre de greffes peut être réclamé à la province d'origine du patient. L'original de la facture doit accompagner la demande de paiement.
6. Lorsque les patients quittent l'hôpital dans les 72 heures qui suivent la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a dispensé les services au tarif prévu dans les cas où les congés sont obtenus dans les 72 heures (adulte ou enfant).
7. Par « enfant », on entend une personne de moins de 18 ans.
8. Les personnes qui obtiennent leur congé et qui présentent des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent être hospitalisées de nouveau au tarif journalier (per diem) autorisé de l'hôpital et non pas au tarif journalier majoré et normalisé.
9. Toute nouvelle hospitalisation du même patient aux fins d'une nouvelle greffe sera considérée comme un nouveau cas et pourra être facturée selon les présentes règles.
10. Sauf en ce qui concerne les frais d'obtention évoqués au paragraphe 5b), la demande de paiement à l'égard d'une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches doit être présentée comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. L'attribution d'un code de diagnostic est obligatoire et doit indiquer la principale raison justifiant la greffe ou le diagnostic définitif posé à l'égard du greffé.
12. L'utilisation de moelle osseuse, de cellules souches ou d'anticorps monoclonaux dans le cadre d'essais cliniques ou à l'égard d'affections dont le traitement est encore jugé au stade expérimental n'est pas admissible à la facturation dans le cadre des ententes interprovinciales en assurance santé.

Mise à jour – Avril 2005