

www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

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

Télocopieur
Québec 418 646-9251
Montréal 514 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 27 mars 2006

À l'intention 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

Ententes interprovinciales en assurance santé

- Nouvelle règle de facturation
- Annulation des codes 201, 202 et 301 de la liste des interventions très coûteuses
- Nouveaux tarifs de facturation interprovinciale des services hospitaliers applicables au 1^{er} avril 2006
- Classification internationale des maladies CIM-10 – CA/CCI
- Rappel - Tests en génétique, services exclus

Changements applicables au 1^{er} avril 2006

- **Nouvelle règle**

Le **1^{er} avril 2006**, entrera en vigueur une nouvelle règle de facturation. Cette règle permettra de facturer les services hospitaliers externes codés 01 à 15 dispensés le jour même de l'admission du patient à l'hôpital ou du congé de celui-ci.

En remplissant les formulaires, l'hôpital pourra dorénavant facturer à la fois le service hospitalier externe et les services hospitaliers internes dispensés le même jour. Donc, la date d'admission à l'hôpital devra correspondre à la date du service hospitalier externe.

De même, si le patient obtient son congé de l'hôpital et qu'il reçoit un service externe au même hôpital (la date du service hospitalier externe sera la même que celle du congé), l'hôpital pourra dorénavant facturer le service hospitalier externe.

Cette nouvelle règle n'a pas pour effet de modifier la règle autorisant la facturation d'un seul service hospitalier externe par jour.

- **Annulation des codes 201, 202 et 301 de la liste des interventions très coûteuses**

Le 1^{er} avril 2006, les codes 201, 202 et 301 de la liste des interventions très coûteuses dispensées en tant que service interne seront annulés. Ces services et leurs coûts associés sont inclus dans le tarif quotidien d'hospitalisation, et ce, pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2006 ou après cette date.

Ces interventions sont :

- 201 Lithotripsie - calculs rénaux
- 202 Lithotripsie – calcul du canal cholédoque
- 301 IRM

- **Nouveaux tarifs de facturation interprovinciale des services hospitaliers applicables au 1^{er} avril 2006**

Nouveaux tarifs journaliers des services hospitaliers internes

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par la voie de votre agence de santé et services sociaux, vous communiquera 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.

Le tarif journalier des services à un nouveau-né sera de 309,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006.

Le tarif journalier en salle commune peut être facturé dans le cas d'un nouveau-né malade.

Nouveaux tarifs des interventions très coûteuses

[L'annexe 1](#) présente la nouvelle tarification des interventions très coûteuses applicable aux services qui seront rendus à un résident d'une autre province ou d'un territoire à compter du **1^{er} avril 2006**.

Nouveaux tarifs des services de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches

[L'annexe 2](#) présente la nouvelle grille tarifaire des services de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches applicable aux services rendus à un résident d'une autre province ou d'un territoire à compter du **1^{er} avril 2006**.

Nouveaux tarifs des services hospitaliers externes

[L'annexe 3](#) fait état de 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 à compter du **1^{er} avril 2006**.

Cette annexe vous permettra de mettre à jour votre manuel de facturation : *Guide de rédaction de la demande de paiement - Services hospitaliers externes*. Ce guide vous a été transmis à l'automne dernier.

Ce manuel peut également être consulté dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/manuel/manu_tdm.shtml

La Régie de l'assurance maladie du Québec appliquera automatiquement les nouveaux tarifs de ces annexes si vous avez facturé aux anciens tarifs.

- **Classification internationale des maladies CIM-10 – CA/CCI**

La Régie de l'assurance maladie du Québec est informée que la Classification internationale des maladies CIM-10 - CA/CCI sera utilisée dans les établissements du Québec à compter du 1^{er} avril 2006. Le site extranet du système d'assurance hospitalisation interprovinciale (SAHI) de même que les formulaires ont été adaptés pour intégrer l'élément « attribut d'intervention ». Des exemplaires de la Demande de paiement des services externes et de la Demande de paiement des services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire sont annexés. Ces formulaires sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Ils peuvent aussi être commandés.

- **Rappel**

Le dépistage génétique et autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN, sont exclus des ententes interprovinciales en assurance santé. Il appartient à l'établissement de communiquer avec le ministère de la Santé de la province d'origine de la personne assurée et de convenir avec ses représentants d'un tarif et des modalités de facturation de ces services.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Annexes [1](#), [2](#) et [3](#)
Formulaires [2597](#) et [3885](#)

Tarifs pour la facturation interprovinciale des interventions très coûteuses

(En vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2006 ou après cette date)

Code des services	Description	Tarif (\$)
	Transplantations :	
100 *	<ul style="list-style-type: none"> Acquisition d'organe hors Canada 	Quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 17 353 \$ le coût d'acquisition en organes au pays.
		Pour les codes 106 et 108 : ne pas soustraire le coût de 17 353 \$ d'acquisition en organes au pays, c'est-à-dire facturer le tarif établi plus les frais d'acquisition à l'extérieur du pays.
		La facturation relative à l'acquisition d'organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
101	<ul style="list-style-type: none"> Coeur 	92 120,00
102	<ul style="list-style-type: none"> Cœur et poumons 	130 108,00
103	<ul style="list-style-type: none"> Poumons 	148 778,00
104	<ul style="list-style-type: none"> Foie 	94 379,00
105 **	<ul style="list-style-type: none"> Annulé (se reporter à la série 600) 	
106	<ul style="list-style-type: none"> Rein 	25 662,00
107 **	<ul style="list-style-type: none"> Annulé (se reporter à la série 600) 	
108*	<ul style="list-style-type: none"> Rein et pancréas 	31 616,00
201	<i>Annulé (fait partie des tarifs quotidiens à compter du 1^{er} avril 2006)</i>	
202	<i>Annulé (fait partie des tarifs quotidiens à compter du 1^{er} avril 2006)</i>	
301	<i>Annulé (fait partie des tarifs quotidiens à compter du 1^{er} avril 2006)</i>	

* Les codes 100 et 108 sont nouveaux.

** Veuillez vous référer aux tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches (en vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} septembre 1998 ou après cette date).

	Implants spéciaux :	
310	<ul style="list-style-type: none"> • Implant cochléaire 	Le prix facturé de l'appareil (facture requise), plus le per diem autorisé de l'hôpital pour toute hospitalisation associée à l'intervention.
311	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulateur cardiaque 	

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

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

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 per diem autorisé de l'hôpital.
2. Tout séjour à l'hôpital qui fait suite au séjour au cours duquel la transplantation a eu lieu sera facturé au per diem autorisé de l'hôpital.
3. Chaque consultation externe ayant lieu avant et après le séjour à l'hôpital pour l'intervention très coûteuse sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
4. Chaque hôpital qui aura fourni les services peut facturer une transplantation d'organe 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 organe, même séjour – en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples.
 - c. Aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un cœur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un cœur naturel.
 - d.
 - i) Prélèvement d'organes au Canada : 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 pour la facturation interprovinciale de transplantations. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition.
 - ii) Acquisition d'organes hors Canada : quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 17 353 \$, soit le coût d'acquisition en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : ne pas soustraire le coût de 17 353 \$ d'acquisition en organes au pays, c'est-à-dire facturer le tarif établi plus les frais d'acquisition à l'extérieur du pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
 - 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. *Annulé*

**Tarifs de facturation interprovinciale
pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches**

(En vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2006 ou après cette date)

Codes des services	Catégorie de service	Séjour maximal (SM)	Tarif monolithique de base	Tarif quotidien majoré et normalisé – séjour excédant le SM
600	Coûts d'acquisition (à l'extérieur du Canada) moelle osseuse, cellules souches et anticorps monoclonal	---	Coût facturé	Coût facturé
601	Greffe autologue - chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	20 034,00	---
602	Greffe autologue - chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	24 040,00	---
603	Greffe autologue - chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	45 076,00	1 670,00
604	Greffe autologue - chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	60 102,00	3 005,00
605	Greffe allogénique – adulte, excl. patient donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	103 731,00	1 781,00
606	Greffe allogénique – chez l'enfant	25 jours	128 439,00	3 228,00
607 *	Greffe allogénique/adulte/patient DCNA	25 jours	125 212,00	1 781,00

Veillez vous référer aux Règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches.

Avant le 1^{er} septembre 1998, se reporter aux codes de services 105 et 107 des tarifs pour la facturation interprovinciale des interventions très coûteuses (en vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 1998 ou après cette date) et aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantations.

* Le code 607 est nouveau.

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

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

**Tarifs pour la facturation interprovinciale
des services hospitaliers externes
à compter du 1^{er} avril 2006**

Codes des services	Description	Tarif (\$)
01	Consultation externe standard (à l'exclusion des services particuliers énumérés ci-dessous).....	164,00
02	Chirurgie d'un jour (comprenant l'oxygénothérapie hyperbare et toutes autres catégories non listées).....	660,00
03	Hémodialyse.....	354,00
04	Tomographie.....	322,00
05	Spécimens envoyés au laboratoire : prix composé incluant tous les spécimens prélevés chez un même patient et qui sont envoyés à un établissement en vue de l'exécution d'épreuves de laboratoire en l'absence du patient en question.....	39,00
06	Chimiothérapie anticancéreuse.....	754,00
07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 164 \$ plus le coût réel des médicaments	
08	Lithotripsie pour calculs du cholédoque par jour, comprenant les services de radiologie et les échographies. (<i>La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.</i>).....	817,00
09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services de radiologie et les échographies.....	817,00
10	Annulé – Deuxième consultation externe le même jour.....	
11	Imagerie par résonance magnétique par jour, comprenant les services de radiologie.....	735,00
12	Service de radiothérapie.....	258,00
13	Remplacement d'un stimulateur cardiaque : 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>).....	

Il convient de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non-invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.