

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

**MISE À JOUR : 23
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](#)

- TARIFS INTERPROVINCIAUX

- Changements des tarifs

Pages : [1](#) à 5

- MANUEL, FORMULAIRES ET RENSEIGNEMENTS

- Changements 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 978-2-550-48900-9

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ
SERVICES HOSPITALIERS INTERNES
(N° 420)**

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 978-2-550-48900-9

INTRODUCTION

Le manuel des Ententes interprovinciales en assurance santé, services hospitaliers internes, 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 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 internes 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 internes 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 internes, 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
 - Montréal : 514 873-5951

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 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 : - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); - 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour pour fin 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 (<i>formulaire n° 3885</i>) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (<i>formulaire n° 3716</i>)	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 3885</i>)	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
3.2.1 Établissement (<i>section 1</i>)	4
3.2.2 Patient (<i>section 2</i>)	6
3.2.3 Détails de la demande (<i>section 3</i>)	8
3.2.4 Renseignements complémentaires (<i>section 4</i>)	11
3.2.5 Attestation de l'établissement (<i>section 5</i>)	11
3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION	12
3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)	12
3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)	14
3.3.3 Implants spéciaux	16
3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches	17
3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (<i>formulaire n° 3716</i>)	19
3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION	21
3.5.1 Établissement (<i>section 1</i>)	23
3.5.2 Patient (<i>section 2</i>)	23
3.5.3 Résidence temporaire au Québec (<i>section 3</i>)	25
3.5.4 Installation permanente au Québec (<i>section 4</i>)	27
3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (<i>section 5</i>)	29
3.6 EXPÉDITION	31
3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE	31

	<i>Page</i>
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
5.1.1 Facturation interprovinciale des Interventions chirurgicales très coûteuses	1
5.1.2 Tarif journalier	3
5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches.....	4
5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)	5
5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES	6
# 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.

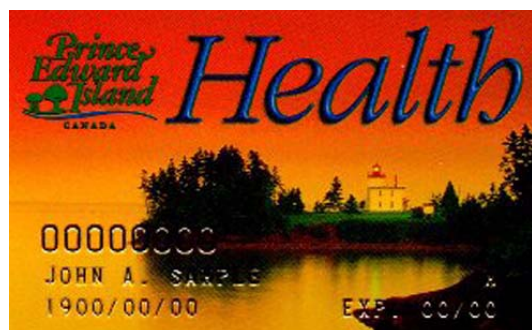


c) NOUVELLE CARTE SANTÉ SANS PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente, mais il n'y a pas de photo. Il y a seulement un carré miniaturisé 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

REGISTRATION CARD
CARTE D'IMMATRICULATION

Manitoba Health | Santé Manitoba

REGISTRATION NO.
N° D'IMMATRICULATION: 000000

JOE SMITH
300 CARLTON STREET
WINNIPEG MB R3B 3M9

Manitoba

VALID ONLY IF RESIDENT OF MANITOBA
VALABLE SEULEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU MANITOBA

NAME(S)/NOM(S)	REG. #	Sexe	Birthdate Date de naissance (Day/Mo/Yr)	Coverage Date Date d'entrée en vigueur de la garantie (Day/Mo/Yr)
JOE	000000000	M	18 05 62	01 01 66
MARY JONES	000000000	F	24 05 65	01 06 00
JOHN DOE	000000000	M	24 12 94	01 06 00
SUSAN	000000000	F	16 07 92	01 06 00
WILLIAM	000000000	M	03 04 06	03 04 06

SAMPLE

REGISTRATION CERTIFICATE
CERTIFICAT D'IMMATRICULATION

Manitoba Health | Santé Manitoba

REGISTRATION NO.
N° D'IMMATRICULATION: 123456

JOHN DOE
599 EMPRESS ST.
WINNIPEG MB R3C 2T6

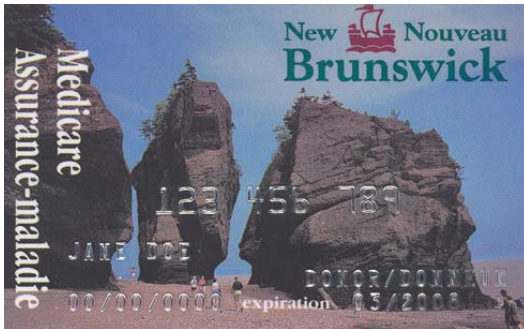
Manitoba

VALID ONLY IF RESIDENT OF MANITOBA
VALABLE SEULEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU MANITOBA

NAME(S)/NOM(S)	REG. #	Sexe	Birthdate Date de naissance (Day/Mo/Yr)	Coverage Date Date d'entrée en vigueur de la garantie (Day/Mo/Yr)
JOHN	111 111 111	M	04 62	01 04 62
BETTY	222 222 222	F	09 61	15 09 61
MARK	333 333 333	M	12 84	16 12 84

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.



1234 567 897
 NEW RESIDENT
 Birth 1995 FEB 12 DONOR 1
 Effective 1995 FEB 12
 Expiry 1999 JAN 31

More People

De plus, si une personne désire faire don de ses organes, le terme « DONOR » accompagné d'un code à un chiffre sera imprimé en relief sur le dessus de la carte, à la droite de la date de naissance. La carte santé signée et portant le code de donneur constitue un document juridique.

DONOR 1-	Tous les organes et tissus compris dans le programme
DONOR 2-	Donneur avec exception

NUNAVUT HEALTH • ANIAKTAIILINIK • SANTÉ

**123456789
Joe Inuk**

21/05/1959 Expiry: 31/03/2001



Le verso de la carte affiche l'adresse et le numéro de téléphone des services administratifs du Nunavut ainsi que la signature du détenteur de la carte.

MAJ 23 / avril 2013 / 99

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.

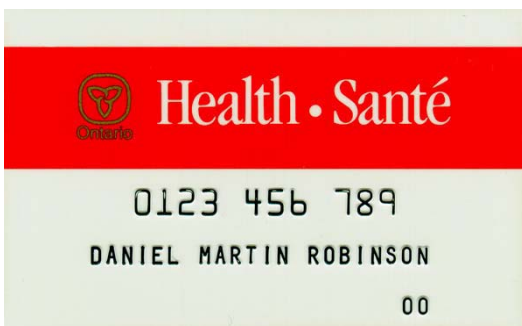
Attention à la date d'expiration.



b) NOUVELLE CARTE AVEC PHOTO

Cette carte a la même apparence que la carte précédente. La principale différence c'est le fond de 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)

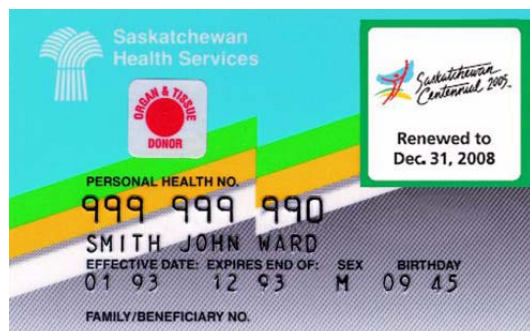


d) LA CARTE DES 65 ANS

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

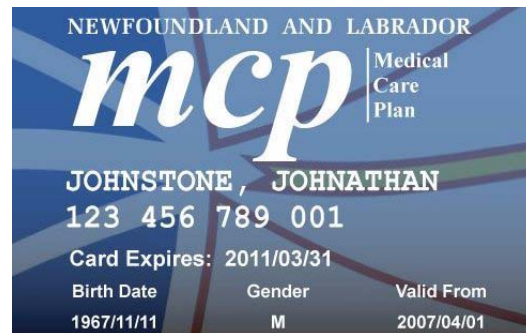
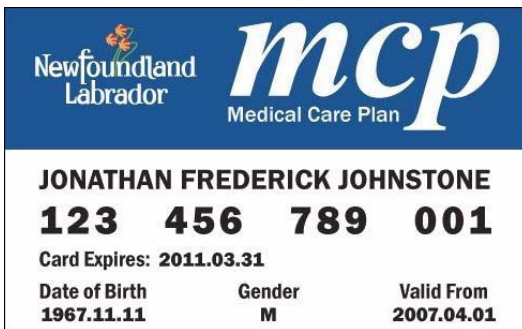
Sur ces cartes, les dates d'entrée en vigueur et d'expiration sont en relief et présentées à l'aide du format suivant : mm/aaaa.

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 »

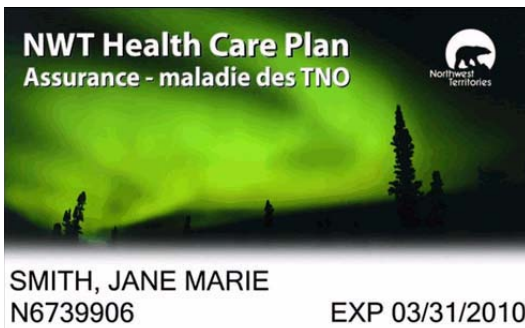
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



À compter d'avril 2008 et pour une durée de cinq ans, les cartes embossées à droite 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.

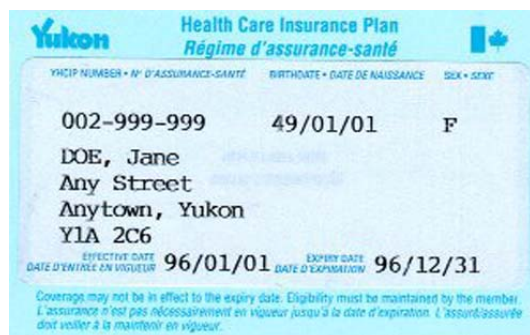
TERRITOIRES DU NORD-OUEST



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.

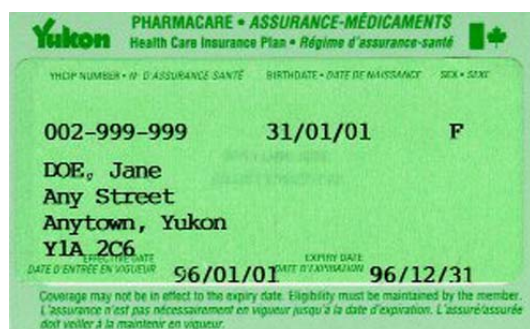
Attention à la date d'expiration.

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.

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

5.1 TARIFS DES SERVICES

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

Le tarif réclamé 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 prix de la journée est remplacé par un tarif global par hospitalisation.

5.1.1 Facturation interprovinciale des interventions chirurgicales très coûteuses

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

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Transplantation (par cas)	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application (page 26).	
+ 100(*)	- Lorsqu'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 22 545 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. - Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 22 545 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. - La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.	
+ 101	- coeur.	119 686,00
+ 102	- coeur et poumons.	169 044,00
+ 103	- poumons.	193 302,00
+ 104	- foie ** Annulé (se reporter à la série 600)	122 623,00
+ 106	- rein ** Annulé (se reporter à la série 600)	33 342,00
+ 108(*)	- rein et pancréas	41 079,00

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 leurs 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 interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

(*) Les codes 100 et 108 sont nouveaux depuis le 1^{er} avril 2005.

(**) 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).

5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2013

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
-----------------	-------------	------------

Implants spéciaux :

* Le prix facturé de l'appareil (facture requise), plus le per diem autorisé de l'hôpital pour toute hospitalisation associée à l'intervention.

310	- implant cochléaire	*
-----	--------------------------------	---

311	- stimulateur cardiaque	*
-----	-----------------------------------	---

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

5.1.2 Tarif journalier

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2013

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
Tarif journalier :		
401	- Soins de courte durée	Tarif journalier autorisé
+ 402	- Soins d'un nouveau-né (bien portant) (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique)	402,00
405	- Soins intensifs de courte durée	Tarif journalier autorisé

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

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2013 (*)

CODES DES SERVICES	CATÉGORIE DE SERVICE	SÉJOUR MAXIMAL (SM)	TARIF MONOLI- THIQUE DE BASE (\$)	TARIF QUOTIDIEN MAJORÉ ET NORMALISÉ – SÉJOUR EXCÉDANT LE SM
600	Coûts d'acquisition (à l'extérieur du Canada) incluant anticorps monoclonal	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Grefe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	26 029,00	---
+ 602	Grefe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	31 233,00	---
+ 603	Grefe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	58 565,00	2 169,00
+ 604	Grefe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	78 088,00	3 903,00
+ 605	Grefe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	134 774,00	2 316,00
+ 606	Grefe allogénique – chez l'enfant	25 jours	166 876,00	4 195,00
+ 607	Grefe allogénique / adulte / patient DCNA	25 jours	162 684,00	2 316,00

Veuillez vous référer aux Règles régissant les services de greffes 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 transplantation.

(*) En vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2013 ou après cette date.

5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)

1. Toute hospitalisation distincte (p. ex. pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation ou la réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
2. Chaque visite d'un patient externe distincte d'une hospitalisation liée à l'intervention très coûteuse peut être facturée au tarif interprovincial autorisé pour les consultations externes.
3. L'approvisionnement comprend tous les frais associés à l'acquisition, à l'entreposage, à l'expédition et à la viabilité de l'organe à transplanter ainsi que les frais médicaux et hospitaliers liés à la conservation du donneur.
4. Dans tous les cas, la province ou le territoire de résidence du receveur doit assumer les frais associés à l'acquisition d'organes au pays ou hors du Canada.
5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, ainsi que le coût de l'approvisionnement au pays.
6. Le tarif des codes 106 et 108 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, mais non le coût de l'approvisionnement au pays. L'administration qui fournit les soins peut facturer les frais d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
- + 7. Acquisition d'organes hors du Canada : lorsqu'un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province ou au territoire de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104), plus les frais d'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 22 545 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 22 545 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
8. Transplantations multiples, même patient, même organe, même séjour – en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples.
9. Aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un cœur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un cœur naturel.
10. Tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation du même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, comme indiqué précédemment.

5.3 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. 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 et 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 suivant 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 hospitalisées 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 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

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° 3885), 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 (Ile-du-Prince-Edouard) 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)
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 : 250 952-1036 Téléphone : 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