

**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**

Service des relations avec la clientèle

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN 978-2-550-48900-9

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

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

**MISE À JOUR : 16**

**MAI 2007**

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

**SOMMAIRE**

**- INTRODUCTION**

- Modifications d'ordre administratif.

**Pages :** [1](#) et [2](#)

**- TABLE DES MATIÈRES**

- Corrections de pagination suite au retrait de deux exemples de facturation.

**Pages :** [1](#) et [2](#)

**- SERVICES**

- Retrait des services de lithotripsie et d'imagerie par résonance magnétique.

**Page :** [1](#)

**- DEMANDE DE PAIEMENT**

- Référence à la « Classification internationale des maladies » CIM-10 au lieu de CIM-9, Série 200 retirée, Série 300 titrée Implants, retrait du code 301(imagerie par résonance magnétique).

**Page :** [9](#)

- Nouveaux exemples de facturation suite au changement de formulaire (n° 3885) et annulation de deux exemples de facturation (lithotripsie et imagerie par résonance magnétique).

**Pages :** [2](#) à 18

**- PAIEMENT**

- Corrections aux exemples d'états de compte.

**Pages :** [2](#) et [4](#)

- **TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Nouvelle tarification et nouveaux codes d'intervention en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007.

**Pages :** 1 à 27

**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 978-2-551-12541-8

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Service des relations avec la clientèle



## INTRODUCTION

Le but du présent manuel est de 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 et à la déclaration d'assurance hospitalisation ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

Les établissements sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement. **Une information incomplète pourrait entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.**

Lorsque le texte de ce manuel est modifié, chaque détenteur reçoit les pages révisées pour en permettre la mise à jour.

Enfin, la Régie offre un service d'information dont le rôle est de renseigner le personnel des établissements sur les procédures administratives afférentes au programme interprovincial de services internes. On peut, à cette fin, communiquer avec le Service de l'application des programmes :

### 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 Internet :

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

(Cette communication n'est pas sécurisée. Vous ne devez pas transmettre de renseignement personnel par ce courriel)

### # Par téléphone ou télécopieur :

- Québec : 418 643-8210 ou Télécopieur : 418 643-5967  
- Montréal : 514 873-3480

### # 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

Ayant la préoccupation de vous faire parvenir l'information le plus rapidement possible, la Régie vous recommande de consulter son site Internet, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

#

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

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

**Remarque :** Conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour s'y reporter ultérieurement.

**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](http://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                                                                                                               | Page |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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> ) .....                                                        | 3    |
| 3.2     | RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....                                                                                        | 5    |
| 3.2.1   | Établissement ( <i>Section 1</i> ) .....                                                                                         | 5    |
| 3.2.2   | Patient ( <i>Section 2</i> ) .....                                                                                               | 7    |
| 3.2.3   | Détails de la demande ( <i>Section 3</i> ) .....                                                                                 | 9    |
| 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) .....                                                                  | 15   |
| # 3.3.3 | Implants spéciaux .....                                                                                                          | 16   |
| # 3.3.4 | Interventions cardiovasculaires .....                                                                                            | 17   |
| # 3.3.5 | Greffe de moelle osseuse et de cellules souches .....                                                                            | 19   |
| #3.4    | DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION ( <i>Formulaire n° 3716</i> ) .....                                    | 21   |
| #3.5    | RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION .....                                                                    | 23   |
| # 3.5.1 | Établissement ( <i>Section 1</i> ) .....                                                                                         | 23   |
| # 3.5.2 | Patient ( <i>Section 2</i> ) .....                                                                                               | 25   |
| # 3.5.3 | Résidence temporaire au Québec ( <i>Section 3</i> ) .....                                                                        | 27   |
| # 3.5.4 | Installation permanente au Québec ( <i>Section 4</i> ) .....                                                                     | 29   |
| # 3.5.5 | Déclaration du patient ou de son représentant ( <i>Section 5</i> ) .....                                                         | 31   |
| #3.6    | EXPÉDITION .....                                                                                                                 | 31   |
| #3.7    | UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE .....                                                                                          | 31   |

|                                                                                                                                    | <i>Page</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 4. PAIEMENT .....                                                                                                                  | <b>1</b>    |
| 4.1 MODE DE PAIEMENT .....                                                                                                         | <b>1</b>    |
| 4.2 ÉTAT DE COMPTE .....                                                                                                           | <b>2</b>    |
| 4.2.1 Description .....                                                                                                            | <b>3</b>    |
| 4.3 RETARD DE PAIEMENT .....                                                                                                       | <b>6</b>    |
| 4.4 RÉÉVALUATION .....                                                                                                             | <b>6</b>    |
| 5. TARIFS INTERPROVINCIAUX .....                                                                                                   | <b>1</b>    |
| 5.1 TARIFS DES SERVICES .....                                                                                                      | <b>1</b>    |
| # 5.1.1 Facturation interprovinciale des Interventions chirurgicales très coûteuses .....                                          | <b>1</b>    |
| 5.1.2 Tarif journalier .....                                                                                                       | <b>3</b>    |
| 5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires .....                               | <b>4</b>    |
| # 5.1.3.1 Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire selon la « Classification canadienne des interventions » (CCI) ..... | <b>5</b>    |
| # 5.1.4 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches .....      | <b>25</b>   |
| #5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE) .....                                       | <b>26</b>   |
| #5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES .....                                    | <b>27</b>   |
| 6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS .....                                                                         | <b>1</b>    |
| 6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT .....                                                                                              | <b>1</b>    |
| 6.2 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS .....                                                                                                | <b>1</b>    |
| 6.3 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES .....                                                               | <b>2</b>    |

## 2. SERVICES

### 2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les frais d'hospitalisation en salle pour des soins :

- 1) de courte durée
- 2) de pouponnière

Interventions coûteuses ayant un tarif global :

- transplantations :
  - acquisition d'organes hors Canada;
  - cœur;
  - cœur-poumons;
  - poumons;
  - foie;
  - moelle osseuse;
  - rein (enfant ou adulte);
  - rein et pancréas.

Interventions cardiovasculaires

Implants spéciaux :

- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- implants cochléaires.

**2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD**

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- Avortement thérapeutique;
- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- 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 de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 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;
- 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. DEMANDE DE PAIEMENT

« DEMANDE DE PAIEMENT » (Formulaire n° 3885) ET « DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION » (Formulaire n° 3716)

## 3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire de demande de paiement « *Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* » lorsque l'établissement demande le paiement de services internes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande de paiement permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation est requis pour respecter l'entente sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires.

**Instructions générales :**

- Écrire les renseignements lisiblement en lettres moulées;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrire le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence des personnes assurées;
- Bien remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- Ne pas oublier de signer la demande de paiement;
- Ne pas oublier de faire signer la déclaration d'assurance hospitalisation;
- L'établissement doit conserver, dans ses dossiers, l'adresse de chaque personne assurée traitée;
- Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

**Vous devez utiliser deux demandes de paiement distinctes lorsqu'il s'agit de deux périodes d'hospitalisation différentes.**

Pour une période d'hospitalisation continue, chaque demande de paiement doit comporter les données requises pour son évaluation.

**Une information incomplète peut entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.**

La Régie dispose d'un délai de 12 mois, à compter de la date des services, pour facturer la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. **Toutefois, pour que ce délai soit respecté, vos demandes de paiement doivent être reçues à la Régie au plus tard 10 mois après la date des services.**

À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de réclamer les coûts des services. Il n'a pas le droit, non plus, de réclamer au patient le paiement des services ni de recourir à une agence de recouvrement. Mais, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient. (Consultez la section 6.3 Adresses de correspondance des provinces et des territoires).

Il est recommandé à l'établissement de faire parvenir ses demandes de paiement à la Régie deux fois par mois.

2

**3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** (*Formulaire n° 3885*)

La demande de paiement comporte 5 sections :

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

**Régie de l'assurance maladie Québec**  **Demande de paiement**  
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

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

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT  
5 4 3 2 1

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT  
Centre hospitalier fictif

ADRESSE (numéro, rue, localité)  
333, rue des Convalescents

PROVINCE  
Québec

CODE POSTAL  
G 0 A 0 T 0

**2- Patient**

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE  
ANNÉE MOIS JOUR

PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE

NOUVEAU-NÉ ☐

DATE DE NAISSANCE  
ANNÉE MOIS JOUR

SEXE  
☐ M ☐ F

ADRESSE (numéro, rue, localité)

CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION  
ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE CONGÉ  
ANNÉE MOIS JOUR

GENRE DE SÉJOUR

ACCIDENT ☐ CODE

DÉCÈS ☐

CODE DE DIAGNOSTIC

CODE D'INTERVENTION

ATTRIBUT D'INTERVENTION  
SITUATION LIEU ÉTENDUE

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION  
ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE FIN DE FACTURATION  
ANNÉE MOIS JOUR

CODE DE SERVICE

TARIF JOURNALIER

NOMBRE DE JOURS

MONTANT FACTURÉ

TOTAL

**4- Renseignements complémentaires**

**5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

(LETTRES MAJUSCULES)

DATE  
ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

### 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

#### 3.2.1 Établissement (*Section 1*)

**N° de contrôle externe :**

- 1) Ce numéro sert à retracer la demande de paiement sur votre « État de compte » et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement.
- 2) Inscrire un numéro de contrôle de votre choix. (Champ alphanumérique avec une possibilité de 15 caractères).
- 3) Vous devez utiliser un numéro de contrôle externe différent pour chaque demande de paiement.

**Code de l'établissement :** Inscrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de 5 chiffres).

L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

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

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

**Province :** Inscrire la province de votre établissement (Québec).

**Code postal :** Inscrire le code postal de votre établissement.

6

**3.2.2 Patient (Section 2)**

**Numéro de la « CARTE SANTÉ » :** Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à 12 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.

**Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :** Nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

**Date d'expiration de la carte :** Inscrire la date d'expiration de la carte santé, s'il y a lieu.

**Province qui a délivré la carte :** Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

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

**Sexe :** Inscrire le sexe de la personne assurée (F= féminin, M= masculin).

- # **Nouveau-né :** Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

**Adresse :** Adresse permanente de la personne assurée.

- # **Code postal :** Code postal correspondant à l'adresse permanente de la personne assurée.

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

**Demande de paiement**  
Services internes dispensés au Québec  
à un résident d'une autre province ou  
d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité)

PROVINCE

CODE POSTAL

**2- Patient**

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE  
ANNÉE MOIS JOUR

PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE

NOUVEAU-NÉ ☐DATE DE NAISSANCE  
ANNÉE MOIS JOUR

SEXE

☐ M ☐ F

ADRESSE (numéro, rue, localité)

CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION ANNEE MOIS JOUR DATE DE CONGÉ ANNEE MOIS JOUR GENRE DE SEJOUR ACCIDENT CODE DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC I 3 1 2 I 3 2 8

CODE D'INTERVENTION 1 H B 5 3 L A J A

ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNÉE MOIS JOUR                                   | ANNÉE MOIS JOUR            |                 |                  |                 |                 |
| 2 0 0 7   0 3   2 0                               | 2 0 0 7   0 3   3 1        | 401             | 1 0 0 0   0 0    | 12              | 1 2 0 0 0   0 0 |
| 2 0 0 7   0 4   0 1                               | 2 0 0 7   0 4   1 4        | 401             | 1 1 0 0   0 0    | 14              | 1 5 4 0 0   0 0 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |

TOTAL

2 7 4 0 0 | 0 0

**4- Renseignements complémentaires****5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

(LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

**3.2.3 Détails de la demande (Section 3)**

**Date d'admission :** Inscrire la date d'admission dans l'établissement.

**Date de congé :** Inscrire la date de sortie de l'établissement.

**Genre de séjour :** Inscrire s'il s'agit d'un séjour continu = **C**, non continu = **N**, ou encore s'il s'agit d'un transfert entre deux établissements = **T**.

**Accident :** Inscrire le code correspondant au type d'accident, s'il y a lieu : **T** = Travail; **A** = Auto; **D** = Autres.

**Décès :** Cocher si la personne assurée est décédée lors de l'hospitalisation.

# **Code de diagnostic :** Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-10). Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes de diagnostic.

# **Code d'intervention :** Inscrire le code d'intervention chirurgicale selon la « Classification internationale des maladies » (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à 3 codes d'intervention.

# **Attribut d'intervention :** Inscrire l'attribut dans la case prévue à cette fin lorsque le code d'intervention le prévoit.

**Date de l'intervention ou de début de facturation :** Inscrire la première date d'hospitalisation facturée.

**Date de fin de facturation :** Inscrire la dernière date d'hospitalisation facturée.

Si une personne assurée n'est hospitalisée qu'une seule journée (ex. le 2007-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

|   |                                                     |            |
|---|-----------------------------------------------------|------------|
| # | DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION : | 2007-04-21 |
| # | DATE DE FIN DE FACTURATION :                        | 2007-04-21 |

**Code de service :** Inscrire le code (3 chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section 3.3, ci-après.

**Série 100 – transplantation**

100 acquisition d'organes hors Canada

101 coeur

102 coeur-poumons

103 poumons

104 foie

106 rein

108 rein et pancréas

# **Série 300 - implants**

310 implant cochléaire

311 défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

**Série 400 - tarif journalier (per diem)**

401 courte durée

402 nouveau-né

**Série 500 - interventions cardiovasculaires**

501 Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire

502 Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire

503 Cathétérisme cardiaque sans tuteur

504 Cathétérisme cardiaque avec tuteur

- # 505 Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs combinés)

**Série 600 - services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches**

600 Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)

601 Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)

602 Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)

603 Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)

604 Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)

605 Greffe allogénique – chez l'adulte – donneur apparenté au patient

606 Greffe allogénique – chez l'enfant

- # 607 Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté)

**Tarif journalier :** Inscrire le tarif journalier.

- # **Nombre de jours :** Inscrire le nombre de jour pour ce service.

**Total :** Inscrire le montant total. Lorsqu'il y a un changement du tarif journalier, utiliser des lignes différentes en inscrivant le montant facturé et le tarif journalier sur chacune des lignes.

### 3.2.4 Renseignements complémentaires (Section 4)

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

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Régie de l'assurance maladie</b><br> | <h2 style="margin: 0;">Demande de paiement</h2> <p>Services internes dispensés au Québec<br/>à un résident d'une autre province ou<br/>d'un territoire</p> | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE                                                |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            | Numéro de contrôle externe _____                                                |
| <b>1- Établissement</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT                                                                                                  | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT                                                                                                                                     |                                                                                 |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| ADRESSE (numéro, rue, localité)                                                                                          | PROVINCE                                                                                                                                                   | CODE POSTAL                                                                     |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| <b>2- Patient</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| NUMERO DE LA « CARTE SANTÉ »                                                                                             |                                                                                                                                                            | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                                    | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE                                                                                                                            | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>                                             |
| DATE DE NAISSANCE<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                                                | SEX<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                               |                                                                                 |
| ADRESSE (numéro, rue, localité)                                                                                          |                                                                                                                                                            | CODE POSTAL                                                                     |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| <b>3- Détails de la demande</b>                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| DATE D'ADMISSION ▶<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                                               | DATE DE CONGÉ ▶<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                                                                                    | GENRE DE SÉJOUR                                                                 |
| ACCIDENT <input type="checkbox"/> CODE                                                                                   |                                                                                                                                                            | DÉCÈS <input type="checkbox"/>                                                  |
| CODE DE DIAGNOSTIC                                                                                                       |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| CODE D'INTERVENTION                                                                                                      |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION                                                                                                  |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| <small>SITUATION    LIEU    ÉTENDUE</small>                                                                              | <small>SITUATION    LIEU    ÉTENDUE</small>                                                                                                                | <small>SITUATION    LIEU    ÉTENDUE</small>                                     |
| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                | DATE DE FIN DE FACTURATION<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                                                                         | CODE DE SERVICE                                                                 |
| TARIF JOURNALIER                                                                                                         | NOMBRE DE JOURS                                                                                                                                            |                                                                                 |
| MONTANT FACTURÉ                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| <b>4- Renseignements complémentaires</b>                                                                                 |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| Frais d'acquisition de cellules souches à l'étranger.                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| <b>5- Attestation de l'établissement</b>                                                                                 |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.         |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| Nom et prénom de la personne autorisée <b>PAUL UNTEL</b>                                                                 |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| Signature de la personne autorisée <i>Paul Untel</i>                                                                     |                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| (LETTRES MAJUSCULES)                                                                                                     |                                                                                                                                                            | DATE<br><small>ANNÉE    MOIS    JOUR</small>                                    |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                            | 2   0   0   7   0   5   1   0                                                   |

### 3.2.5 Attestation de l'établissement (Section 5)

**Nom et prénom de la personne autorisée :** Inscrire en lettres majuscules le nom et le prénom de la personne autorisée.

**Signature de la personne autorisée :** La signature de la personne autorisée est obligatoire.

**Date :** Inscrire la date de la signature de la personne autorisée.

## 3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION

## 3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)

Lorsque l'hospitalisation d'une personne assurée s'étend sur une longue période (ex. plus d'un mois), les frais d'hospitalisation peuvent être réclamés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

EXEMPLE (1<sup>re</sup> demande de paiement)



**Demande de paiement**  
 Services internes dispensés au Québec  
 à un résident d'une autre province ou  
 d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**  

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT         | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) |                        |
| PROVINCE                        | CODE POSTAL            |

**2- Patient**  

|                                                                |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »                                   | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE<br>ANNÉE MOIS JOUR               | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE                                                 |
| NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>                            | DATE DE NAISSANCE<br>ANNÉE MOIS JOUR                                            |
| SEXES<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                                                                                 |
| ADRESSE (numéro, rue, localité)                                |                                                                                 |
| CODE POSTAL                                                    |                                                                                 |

**3- Détails de la demande**  

|                         |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |
|-------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|
| DATE D'ADMISSION        | ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE CONGÉ | ANNÉE MOIS JOUR | GENRE DE SÉJOUR | ACCIDENT <input type="checkbox"/> | CODE | DÉCÈS <input type="checkbox"/> |
| 2 0 0 7 0 5 0 1         |                 |               |                 | C               |                                   |      |                                |
| CODE DE DIAGNOSTIC      |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |
| F 0 1 1                 |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |
| CODE D'INTERVENTION     |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |
| 1 L A 8 4 L A X X Q     |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |
| S                       |                 |               |                 |                 |                                   |      |                                |

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 2 0 0 7 0 5 0 1                                   | 2 0 0 7 0 5 3 1            | 401             | 1 1 0 0 0 0      | 31              | 3 4 1 0 0 0 0   |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
| <b>TOTAL</b>                                      |                            |                 |                  |                 | 3 4 1 0 0 0 0   |

**4- Renseignements complémentaires**

**5- Attestation de l'établissement**  
 La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.  
 Nom et prénom de la personne autorisée \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ (LETTRES MAJUSCULES)  
 DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03
Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

## 3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu) (Suite)

EXEMPLE (2<sup>e</sup> demande de paiement)

#

|                                                                                                                  |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>                                                                       |  | <b>Demande de paiement</b><br>Services internes dispensés au Québec<br>à un résident d'une autre province ou<br>d'un territoire |  | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE    |  |
|                                                                                                                  |  |                                                                                                                                 |  | Numéro de contrôle externe          |  |
| <b>1- Établissement</b>                                                                                          |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT                                                                                          |  | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT                                                                                                          |  |                                     |  |
| ADRESSE (numéro, rue, localité)                                                                                  |  | PROVINCE                                                                                                                        |  | CODE POSTAL                         |  |
| <b>2- Patient</b>                                                                                                |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »                                                                                     |  | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)                                                 |  |                                     |  |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE<br>ANNÉE MOIS JOUR                                                                 |  | PROVINCE QUI A DELIVRÉ LA CARTE                                                                                                 |  | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> |  |
| DATE DE NAISSANCE<br>ANNÉE MOIS JOUR                                                                             |  | SEXES<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                  |  |                                     |  |
| ADRESSE (numéro, rue, localité)                                                                                  |  | CODE POSTAL                                                                                                                     |  |                                     |  |
| SPÉCIMEN                                                                                                         |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| <b>3- Détails de la demande</b>                                                                                  |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| DATE D'ADMISSION                                                                                                 |  | DATE DE CONGÉ                                                                                                                   |  | GENRE DE SÉJOUR                     |  |
| ANNÉE MOIS JOUR                                                                                                  |  | ANNÉE MOIS JOUR                                                                                                                 |  | N                                   |  |
| 2 0 0 7 0 6 0 1                                                                                                  |  | 2 0 0 7 0 6 2 5                                                                                                                 |  |                                     |  |
| CODE DE DIAGNOSTIC                                                                                               |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| F 0 1 1                                                                                                          |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| CODE D'INTERVENTION                                                                                              |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| 1 L A 8 4 L A X X Q                                                                                              |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION                                                                                          |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| S                                                                                                                |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION                                                                |  | DATE DE FIN DE FACTURATION                                                                                                      |  | CODE DE SERVICE                     |  |
| ANNÉE MOIS JOUR                                                                                                  |  | ANNÉE MOIS JOUR                                                                                                                 |  |                                     |  |
| 2 0 0 7 0 6 0 1                                                                                                  |  | 2 0 0 7 0 6 2 4                                                                                                                 |  | 401                                 |  |
| TARIF JOURNALIER                                                                                                 |  | NOMBRE DE JOURS                                                                                                                 |  | MONTANT FACTURÉ                     |  |
| 1 1 0 0 0 0                                                                                                      |  | 24                                                                                                                              |  | 2 6 4 0 0 0 0                       |  |
| TOTAL                                                                                                            |  |                                                                                                                                 |  | 2 6 4 0 0 0 0                       |  |
| <b>4- Renseignements complémentaires</b>                                                                         |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
|                                                                                                                  |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| <b>5- Attestation de l'établissement</b>                                                                         |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts. |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| Nom et prénom de la personne autorisée                                                                           |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| Signature de la personne autorisée                                                                               |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |
| DATE ANNÉE MOIS JOUR                                                                                             |  |                                                                                                                                 |  |                                     |  |

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

**Demande de paiement**  
Services internes dispensés au Québec  
à un résident d'une autre province ou  
d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité)

PROVINCE

CODE POSTAL

**2- Patient**

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE  
ANNÉE MOIS JOUR

PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE

NOUVEAU-NÉ ☐DATE DE NAISSANCE  
ANNÉE MOIS JOUR

SEXE

☐ M☐ F

ADRESSE (numéro, rue, localité)

CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**DATE D'ADMISSION  
ANNÉE MOIS JOUR  
2 0 0 7 0 4 0 1DATE DE CONGÉ  
ANNÉE MOIS JOUR  
2 0 0 6 0 5 2 9GENRE DE  
SEJOUR

N

ACCIDENT ☐

CODE

DÉCÈS ☐

CODE DE DIAGNOSTIC

Z 9 4 1

CODE D'INTERVENTION

1 H Z 8 5 L A X X K

ATTRIBUT D'INTERVENTION

SITUATION

LIEU

ÉTENDUE

SITUATION

LIEU

ÉTENDUE

SITUATION

LIEU

ÉTENDUE

DATE DE L'INTERVENTION OU  
DE DÉBUT DE FACTURATION  
ANNÉE MOIS JOURDATE DE FIN DE FACTURATION  
ANNÉE MOIS JOUR

CODE DE SERVICE

TARIF JOURNALIER

NOMBRE DE  
JOURS

MONTANT FACTURÉ

2 0 0 7 0 4 0 1

2 0 0 7 0 5 2 8

101

9 5 0 6 8 0 0

TOTAL

9 5 0 6 8 0 0

**4- Renseignements complémentaires****5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

(LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

**3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)**

Lorsqu'une intervention chirurgicale très coûteuse (code de la série 100 « transplantation ») est facturée, vous devez inscrire, dans la case CODE DE SERVICE, le code numérique qui correspond à l'intervention et le montant dans la case MONTANT FACTURÉ.

Vous devez inscrire, dans la case DATE DE FIN DE FACTURATION, la date de fin de toute la période couvrant la transplantation.

- Remarques :**
- 1) Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province de résidence du donneur.
  - 2) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province de résidence du receveur de l'organe.
  - 3) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que les frais de transport sont des services assurés par la province de résidence du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION**

|     |   |                                  |
|-----|---|----------------------------------|
| 100 | = | acquisition d'organe hors Canada |
| 101 | = | coeur                            |
| 102 | = | coeur-poumons                    |
| 103 | = | poumons                          |
| 104 | = | foie                             |
| 106 | = | rein                             |
| 108 | = | rein et pancréas                 |

— NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE —

**Régie de  
l'assurance maladie**

**Québec**

**Demande de paiement**

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

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité)

PROVINCE

CODE POSTAL

**2- Patient**

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE  
ANNÉE MOIS JOUR

PROVINCE QUI A DELIVRÉ LA CARTE

NOUVEAU-NÉ ☐

DATE DE NAISSANCE  
ANNÉE MOIS JOUR

SEXES

☐ M ☐ F

ADRESSE (numéro, rue, localité)

CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION

ANNÉE MOIS JOUR  
2 0 0 7 | 0 5 | 0 1

DATE DE CONGÉ

ANNÉE MOIS JOUR  
2 0 0 6 | 0 5 | 2 1

GENRE DE  
SÉJOUR

N

ACCIDENT ☐

CODE

DÈCÈS ☐

CODE DE DIAGNOSTIC

H 9 | 1 | 2

CODE D'INTERVENTION

1 D M | 5 | 3 | L A | L K

ATTRIBUT D'INTERVENTION

SITUATION

LIEU

ÉTENDUE

SITUATION

LIEU

ÉTENDUE

SITUATION

LIEU

ÉTENDUE

DATE DE L'INTERVENTION OU  
DE DÉBUT DE FACTURATION

DATE DE FIN DE FACTURATION

CODE DE SERVICE

TARIF JOURNALIER

NOMBRE DE  
JOURS

MONTANT FACTURÉ

ANNÉE MOIS JOUR

2 0 0 7 | 0 5 | 0 1

2 0 0 7 | 0 5 | 0 2

ANNÉE MOIS JOUR

2 0 0 7 | 0 5 | 2 0

401

310

1 1 | 0 0 | 0 0

20

2 2 | 0 0 | 0 0

3 4 | 0 0 | 0 0

TOTAL

5 6 | 0 0 | 0 0

**4- Renseignements complémentaires**

**5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

(LETTRES MAJUSCULES)

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

## # CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : implants

MAJ 16 / mai 2007 / 99

### # 3.3.4 Interventions cardiovasculaires

|                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Régie de l'assurance maladie</b><br><b>Québec</b>                                                             | <b>Demande de paiement</b><br>Services internes dispensés au Québec<br>à un résident d'une autre province ou<br>d'un territoire | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE                                                                                    |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                 | Numéro de contrôle externe _____                                                                                    |
| <b>1- Établissement</b>                                                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| CODE DE L'ÉTABLISSEMENT _____                                                                                    | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____                                                                                                    |                                                                                                                     |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) _____                                                                            |                                                                                                                                 | PROVINCE _____ CODE POSTAL _____                                                                                    |
| <b>2- Patient</b>                                                                                                |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » _____                                                                               | NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) _____                                           |                                                                                                                     |
| DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE<br>ANNÉE MOIS JOUR _____                                                           | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE _____                                                                                           | NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>                                                                                 |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                 | DATE DE NAISSANCE<br>ANNÉE MOIS JOUR _____ SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F               |
| ADRESSE (numéro, rue, localité) _____                                                                            |                                                                                                                                 | CODE POSTAL _____                                                                                                   |
| <b>SPÉCIMEN</b>                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| <b>3- Détails de la demande</b>                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| DATE D'ADMISSION ▶ ANNÉE MOIS JOUR<br>2   0   0   7   0   5   0   1                                              | DATE DE CONGÉ ▶ ANNÉE MOIS JOUR<br>2   0   0   7   0   5   2   1                                                                | GENRE DE SÉJOUR N ACCIDENT <input type="checkbox"/> CODE _____ DÉCÈS <input type="checkbox"/>                       |
| CODE DE DIAGNOSTIC I   9   7   1   _____                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| CODE D'INTERVENTION 1   H   A   8   0   Q   B   X   X   A   _____                                                |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE _____ SITUATION LIEU ÉTENDUE _____ SITUATION LIEU ÉTENDUE _____   |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION<br>ANNÉE MOIS JOUR<br>2   0   0   7   0   5   0   1            | DATE DE FIN DE FACTURATION<br>ANNÉE MOIS JOUR<br>2   0   0   7   0   5   2   0                                                  | CODE DE SERVICE 401 TARIF JOURNALIER 1   1   0   0   0   0 NOMBRE DE JOURS 20 MONTANT FACTURÉ 2   2   0   0   0   0 |
| 2   0   0   7   0   5   0   1                                                                                    |                                                                                                                                 | 501 _____ 2   4   0   0   0   0                                                                                     |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| TOTAL                                                                                                            |                                                                                                                                 | 4   6   0   0   0   0                                                                                               |
| <b>4- Renseignements complémentaires</b>                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| <b>5- Attestation de l'établissement</b>                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts. |                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| Nom et prénom de la personne autorisée _____                                                                     |                                                                                                                                 | (LETTRES MAJUSCULES)                                                                                                |
| Signature de la personne autorisée _____                                                                         |                                                                                                                                 | DATE ANNÉE MOIS JOUR _____                                                                                          |

Les interventions cardiovasculaires de la série des codes 500 doivent être facturées séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case CODE DE SERVICE le code numérique correspondant à l'intervention et dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif de l'intervention. Le tarif journalier de l'hospitalisation s'ajoute au tarif de l'intervention.

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 500 : interventions cardiovasculaires**

- |       |   |                                                                                                                  |
|-------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 501   | = | Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire                                                                 |
| 502   | = | Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire                                                                 |
| 503   | = | Cathétérisme cardiaque sans tuteur                                                                               |
| 504   | = | Cathétérisme cardiaque avec tuteur                                                                               |
| # 505 | = | Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs= combinés) |

**Régie de l'assurance maladie Québec**  **Demande de paiement**  
Services internes dispensés au Québec  
à un résident d'une autre province ou  
d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

**1- Établissement**

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité) PROVINCE CODE POSTAL

**2- Patient**

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

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNEE MOIS JOUR PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE NOUVEAU-NÉ ☐ DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR SEXE ☐ M ☐ F

ADRESSE (numéro, rue, localité) CODE POSTAL

**3- Détails de la demande**

DATE D'ADMISSION ANNEE MOIS JOUR DATE DE CONGÉ ANNEE MOIS JOUR GENRE DE SÉJOUR ACCIDENT ☐ CODE DÉCÈS ☐

CODE DE DIAGNOSTIC C 8 1 0

CODE D'INTERVENTION 1 W Y 1 9 H H X X A

ATTRIBUT D'INTERVENTION M 1

| DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION | DATE DE FIN DE FACTURATION | CODE DE SERVICE | TARIF JOURNALIER | NOMBRE DE JOURS | MONTANT FACTURÉ |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ANNEE MOIS JOUR                                   | ANNEE MOIS JOUR            |                 |                  |                 |                 |
| 2 0 0 7   0 4   0 1                               | 2 0 0 7   0 4   1 6        | 603             |                  | 16              | 4 6 5 1 8 0 0   |
| 2 0 0 7   0 4   1 7                               | 2 0 0 7   0 4   2 8        | 603             | 1 7 2 3 0 0      | 12              | 2 0 6 7 6 0 0   |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
|                                                   |                            |                 |                  |                 |                 |
| TOTAL                                             |                            |                 |                  |                 | 6 7 1 9 4 0 0   |

**4- Renseignements complémentaires**

**5- Attestation de l'établissement**

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée (LETTRES MAJUSCULES) DATE ANNEE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

## # 3.3.5 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Le tarif de la greffe de la moelle osseuse et des cellules souches de la série des codes 600 remplace le tarif journalier d'hospitalisation.

Lorsque le séjour est supérieur au séjour maximal, le tarif quotidien majoré est ajouté pour chaque jour au-delà du séjour maximal. Dans ce cas, une nouvelle ligne de service doit être utilisée pour facturer cette période.

Veuillez inscrire dans la case DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION, la date de l'intervention, dans la case DATE DE FIN FACTURATION, la date de fin de la facturation, dans la case CODE DE SERVICE le code numérique correspondant à l'intervention, dans la case TARIF JOURNALIER, le tarif journalier en fonction du code de l'intervention et dans la case MONTANT FACTURÉ, le tarif de l'intervention ou le montant facturé.

**CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 600 : greffe de moelle osseuse et de cellules souches**

- 600 = Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)
- 601 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)
- 602 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)
- 603 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)
- 604 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)
- # 605 = Greffe allogénique – chez l'adulte (donneur apparenté au patient)
- 606 = Greffe allogénique – chez l'enfant
- # 607 = Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté - DCNA)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Régie de l'assurance maladie Québec</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b><br>Hospital Insurance Declaration<br><b>Services internes dispensés au Québec</b><br>Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory |                                                                                                                                                                                      | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK                                                         |                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Numéro de contrôle externe/External control number                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| <b>Établissement 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| Code de l'établissement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Nom de l'établissement                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      | Date d'admission<br>Année    Mois    Jour                                                                       |                                                                                                       |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      | CODE POSTAL                                                                                                     |                                                                                                       |  |
| <b>Patient 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »<br>HEALTH CARD NUMBER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules<br>Last name and first name of insured person, in block letters                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                   |  |
| Date de naissance - Birthdate<br>Année    Mois    Jour<br>YEAR    MONTH    DAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Sexe - Sex<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                      | Province ayant délivré la carte<br>Province that issued card                                                                                                                         | Date d'entrée en vigueur de la carte<br>Effective date of card<br>Année    Mois    Jour<br>Year    Month    Day | Date d'expiration de la carte<br>Expiry date of card<br>Année    Mois    Jour<br>Year    Month    Day |  |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                          | Province                                                                                                                                                                             |                                                                                                                 | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                            |  |
| <b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)<br>Address (number, street, locality)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                          | Province<br>Québec                                                                                                                                                                   | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                      | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                   |  |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) :<br>Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay                                                           |                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT<br>VACATION/IN TRANSIT<br><input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN<br>REFERRAL BY A PHYSICIAN<br><input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES<br>TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS<br><input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) :<br>Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      | Études :<br>EDUCATION :<br>Préciser :<br>SPECIFY :                                                              |                                                                                                       |  |
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF FACILITY<br>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF FACILITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      | Année    Mois    Jour    Année    Mois    Jour<br>Year    Month    Day    Year    Month    Day                  |                                                                                                       |  |
| Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province<br>Date of registration for health insurance plan of that province                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      | ANNÉE    MOIS<br>YEAR    MONTH                                                                                  |                                                                                                       |  |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité)<br>Address in that province (number, street, locality)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                          | Province                                                                                                                                                                             | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                      | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                   |  |
| <b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| Adresse permanente au Québec<br>Permanent address in Québec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                          | Province<br>Québec                                                                                                                                                                   | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                      | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                   |  |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé »<br>Last address in province that issued health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                          | Province                                                                                                                                                                             | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                      | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                   |  |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé »<br>Date of departure from province that issued health card<br>Année    Mois    Jour<br>Year    Month    Day                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec<br>Date of beginning of permanent residence in Québec<br>Année    Mois    Jour<br>Year    Month    Day |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| <b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative 5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. |  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION<br>SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                          | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT)<br>SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)                                                                           |                                                                                                                 | Date                                                                                                  |  |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules<br>Name of patient's representative, in block letters                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                          | Lien avec le patient<br>Relationship to patient<br><input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur<br>Father, mother or guardian<br><input type="checkbox"/> Préciser<br>Specify       |                                                                                                                 |                                                                                                       |  |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient<br>Address of person making this declaration, if not the patient<br><input type="checkbox"/> Même que celle du patient<br>Same as that of patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                          | Province                                                                                                                                                                             | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                      | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                   |  |

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient

**3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION** (*Formulaire n° 3716*)

# Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte 5 sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Résidence temporaire au Québec;
4. Déménagement permanent au Québec;
5. Déclaration du patient ou de son représentant.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b><br>Hospital Insurance Declaration<br><b>Services internes dispensés au Québec</b><br>à un résident d'une autre province ou d'un territoire<br>Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory |  | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Numéro de contrôle externe/External control number<br><b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E</b>                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                              |  |
| <b>Établissement</b><br>Code de l'établissement<br><b>5 4 3 2 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Nom de l'établissement<br><b>Centre hospitalier fictif</b>                                                                                                                                                                                                                        |  | Date d'admission<br>Année Mois Jour<br><b>2 0 0 7 0 4 1</b>                                                                                                  |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)<br><b>333, rue des Convalescents</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CODE POSTAL<br><b>G 0 A 0 T 0</b>                                                                                                                            |  |
| <b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » - HEALTH CARD NUMBER<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules<br>Last name and first name of insured person, in block letters<br>_____                                                                                                                                               |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( ) _____                                                                                                             |  |
| Date de naissance - Birthdate<br>Année Mois Jour<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Sexe - Sex<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                               |  | Province ayant délivré la carte<br>Province that issued card<br>_____                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Date d'entrée en vigueur de la carte<br>Effective date of card<br>Année Mois Jour<br>_____                                                                                                                                                                                        |  | Date d'expiration de la carte<br>Expiry date of card<br>Année Mois Jour<br>_____                                                                             |  |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Province<br>_____                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                                                          |  |
| <b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)<br>Address (number, street, locality)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Province<br><b>Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( ) _____                                                                                                             |  |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) :<br>Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin<br><input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT<br>VACATION/IN TRANSIT<br><input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN<br>REFERRAL BY A PHYSICIAN<br><input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES<br>TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS<br><input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) :<br>Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay<br>DU - FROM AU - TO<br>Année Mois Jour Année Mois Jour<br>_____                                       |  |
| Études :<br>EDUCATION: _____<br>Préciser :<br>SPECIFY: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province<br>Date of registration for health insurance plan of that province<br>Année Mois<br>_____ |  |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité)<br>Address in that province (number, street, locality)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Province<br>_____                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( ) _____                                                                                                             |  |
| <b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
| Adresse permanente au Québec<br>Permanent address in Québec<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Province<br><b>Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( ) _____                                                                                                             |  |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé »<br>Last address in province that issued health card<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Province<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( ) _____                                                                                                             |  |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé »<br>Date of departure from province that issued health card<br>Année Mois Jour<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec<br>Date of beginning of permanent residence in Québec<br>Année Mois Jour<br>_____                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
| <b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the <i>Canada Evidence Act</i> . In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                              |  |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION<br>SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT)<br>SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)<br>_____                                                                                                                                                               |  | Date<br>_____                                                                                                                                                |  |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules<br>Name of patient's representative, in block letters<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Lien avec le patient<br>Relationship to patient<br><input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur<br>Father, mother or guardian<br><input type="checkbox"/> Préciser<br>Specify _____                                                                                              |  |                                                                                                                                                              |  |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient<br>Address of person making this declaration, if not the patient<br><input type="checkbox"/> Même que celle du patient<br>Same as that of patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Province<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( ) _____                                                                                                             |  |

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

**3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION**# **3.5.1 Établissement** (*Section 1*)

**Code de l'établissement** : Inscrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de 5 chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

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

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

**Province** : Inscrire la province de l'établissement.

**Code postal** : Inscrire le code postal dans la case prévue à cette fin.

**N° de contrôle externe** : Inscrire votre numéro de contrôle (maximum 15 caractères alphanumériques).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Régie de l'assurance maladie Québec</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b><br>Hospital Insurance Declaration<br><b>Services internes dispensés au Québec</b><br>à un résident d'une autre province ou d'un territoire<br>Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK                                                               |  |
| <b>Établissement</b><br>Code de l'établissement<br>_____<br>Nom de l'établissement<br>_____<br>Adresse (numéro, rue, localité)<br>_____<br>CODE POSTAL<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Numéro de contrôle externe/External control number<br>_____<br>Date d'admission<br>Année: _____ Mois: _____ Jour: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                       |  |
| <b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »<br>HEALTH CARD NUMBER<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9<br>1 967 12 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules<br>Last name and first name of insured person, in block letters<br>SMITH JOHN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>(23) 456-7890                                                                  |  |
| Date de naissance - Birthdate<br>ANNEE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY<br>1967 12 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Sexe - Sex<br><input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Province ayant délivré la carte<br>Province that issued card<br>Ontario                                               |  |
| Date d'entrée en vigueur de la carte<br>Effective date of card<br>Année Year Mois Month Jour Day<br>2008 12 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Date d'expiration de la carte<br>Expiry date of card<br>Année Year Mois Month Jour Day<br>2008 12 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)<br>123, rue du Patient, Ville du Patient         |  |
| Province<br>Ontario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>K 1 H 0 T 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                       |  |
| <b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)<br>Address (number, street, locality)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Province<br>Québec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                   |  |
| Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) :<br>Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin<br><input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT<br>VACATION/IN TRANSIT<br><input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN<br>REFERRAL BY A PHYSICIAN<br><input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES<br>TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS<br><input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) :<br>Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):<br>_____ |  |                                                                                                                       |  |
| Études :<br>EDUCATION: _____<br>Préciser :<br>SPECIFY: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM OF EDUCATIONAL INSTITUTION)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay<br>DU - FROM AU - TO<br>Année Year Mois Month Jour Day<br>_____ |  |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité)<br>Address in that province (number, street, locality)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                   |  |
| Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province<br>Date of registration for health insurance plan of that province<br>ANNEE YEAR MOIS MONTH<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                       |  |
| <b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
| Adresse permanente au Québec<br>Permanent address in Québec<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Province<br>Québec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                   |  |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé »<br>Last address in province that issued health card<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Province<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                   |  |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé »<br>Date of departure from province that issued health card<br>Année Year Mois Month Jour Day<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec<br>Date of beginning of permanent residence in Québec<br>Année Year Mois Month Jour Day<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | _____                                                                                                                 |  |
| <b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the <i>Canada Evidence Act</i> . In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION<br>SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT)<br>SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Date<br>_____                                                                                                         |  |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules<br>Name of patient's representative, in block letters<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Lien avec le patient<br>Relationship to patient<br><input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur<br>Father, mother or guardian<br><input type="checkbox"/> Préciser<br>Specify _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                       |  |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient<br>Address of person making this declaration, if not the patient<br><input type="checkbox"/> Même que celle du patient<br>Same as that of patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Province<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>_____                                                                                   |  |
| Numéro de téléphone<br>Phone Number<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                       |  |

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

**3.5.2 Patient (Section 2)**

- # **Numéro de la « CARTE SANTÉ »** : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à 12 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.

**Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte** : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte d'assurance santé (nom de famille, à la naissance). Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

**Numéro de téléphone** : Numéro de téléphone du patient.

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

**Sexe** : Inscrire le sexe de la personne assurée (F= féminin, M= masculin).

**Province émettrice de la carte** : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

**Date d'entrée en vigueur de la carte** : Inscrire la date d'entrée en vigueur de la carte, s'il y a lieu.

**Date d'expiration de la carte** : Inscrire la date d'expiration indiquée sur la carte santé, s'il y a lieu.

**Nouveau-né** : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

**Adresse** : Adresse permanente de la personne assurée.

**Province** : Province de la personne assurée.

- # **Code postal** : Code postal de l'adresse permanente de la personne assurée.

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

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK

Numéro de contrôle externe/External control number

**Établissement**  
Code de l'établissement Nom de l'établissement Date d'admission  
Année Mois Jour  
Adresse (numéro, rue, localité) CODE POSTAL

**Patient** Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » - HEALTH CARD NUMBER Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules  
Last name and first name of insured person, in block letters Numéro de téléphone  
Phone Number  
( )

Date de naissance - Birthdate Sexe - Sex Province ayant délivré la carte  
Province that issued card Date d'entrée en vigueur de la carte  
Effective date of card Année Mois Jour  
Date d'expiration de la carte  
Expiry date of card Année Mois Jour

Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) Province CODE POSTAL  
POSTAL CODE

**Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec**

Adresse (numéro, rue, localité)  
Address (number, street, locality) Province Québec CODE POSTAL  
POSTAL CODE Numéro de téléphone  
Phone Number  
G 1 C 0 T 0 (418) 123-4567

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) :  
Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin

☒ VACANCES/EN TRANSIT ☐ ÉTUDES :  
VACATION/IN TRANSIT EDUCATION : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT - NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION  
☐ RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN  
REFERRAL BY A PHYSICIAN ☐ PRÉCISER :  
TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS SPECIFY :  
☐ Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) :  
Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :

Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay

DU - FROM AU - TO  
Année Mois Jour Année Mois Jour  
2007 04 01 2007 04 10

Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province  
Date of registration for health insurance plan of that province  
ANNÉE MOIS  
YEAR MONTH

Adresse dans cette province (numéro, rue, localité)  
Address in that province (number, street, locality) Province CODE POSTAL  
POSTAL CODE Numéro de téléphone  
Phone Number  
( )

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

Adresse permanente au Québec  
Permanent address in Québec Province Québec CODE POSTAL  
POSTAL CODE Numéro de téléphone  
Phone Number  
( )

Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé »  
Last address in province that issued health card Province CODE POSTAL  
POSTAL CODE Numéro de téléphone  
Phone Number  
( )

Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé »  
Date of departure from province that issued health card Année Mois Jour  
Date du début de l'installation permanente au Québec  
Date of beginning of permanent residence in Québec Année Mois Jour

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

Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the *Canada Evidence Act*. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION  
SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT)  
SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) Date

Nom du représentant du patient en lettres majuscules  
Name of patient's representative, in block letters Lien avec le patient  
Relationship to patient ☐ Père, mère ou tuteur  
Father, mother or guardian ☐ Préciser :  
Specify

Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient  
Address of person making this declaration, if not the patient ☐ Même que celle du patient  
Same as that of patient Province CODE POSTAL  
POSTAL CODE Numéro de téléphone  
Phone Number  
( )

3716 266 04/09 Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

**3.5.3 Résidence temporaire au Québec (Section 3)**

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

**Province :** Ce champ est toujours Québec.

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

**Numéro de téléphone :** Numéro de téléphone du patient lors de son séjour au Québec.

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

Vacances/en transit

Recommandation d'un médecin

Emploi temporaire/affaires

**Études :** Si cette case est cochée, indiquer le nom de l'établissement d'enseignement.

**Préciser :** Dans tous les autres cas, cocher cette case et préciser la raison.

**Durée prévue du séjour :** Inscrire la date de début et de fin prévue du séjour.

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

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

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

**Province :** Inscrire la province.

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Régie de l'assurance maladie Québec</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Déclaration d'assurance hospitalisation</b><br>Hospital Insurance Declaration<br><b>Services internes dispensés au Québec</b><br>Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory |  | NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Numéro de contrôle externe/External control number                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                       |  |
| <b>Établissement</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
| Code de l'établissement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Nom de l'établissement                                                                                                                                                                                                   |  | Date d'admission<br>Année Mois Jour                                                                                                   |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | CODE POSTAL                                                                                                                           |  |
| <b>Patient</b> Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
| NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »<br>HEALTH CARD NUMBER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules<br>Last name and first name of insured person, in block letters                                                                                               |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                                                   |  |
| Date de naissance - Birthdate<br>Année Mois Jour                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Sexe - Sex<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                      |  | Province ayant délivré la carte<br>Province that issued card                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Date d'entrée en vigueur de la carte<br>Effective date of card                                                                                                                                                           |  | Date d'expiration de la carte<br>Expiry date of card                                                                                  |  |
| Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Province                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                                            |  |
| <b>Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
| Adresse (numéro, rue, localité)<br>Address (number, street, locality)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Province<br>Québec                                                                                                                                                                                                       |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                                                   |  |
| Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) :<br>Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT<br>VACATION/IN TRANSIT<br><input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN<br>REFERRAL BY A PHYSICIAN<br><input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES<br>TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS<br><input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) :<br>Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | ÉTUDES :<br>EDUCATION: _____<br>PRÉCISER :<br>SPECIFY: _____<br>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NAME OF HOSPITAL/CLINIC)                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | DU - FROM<br>Année Mois Jour<br>AU - TO<br>Année Mois Jour                                                                            |  |
| Adresse dans cette province (numéro, rue, localité)<br>Address in that province (number, street, locality)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province<br>Date of registration for health insurance plan of that province |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Province<br>CODE POSTAL<br>POSTAL CODE<br>Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                         |  |
| <b>Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
| Adresse permanente au Québec<br>Permanent address in Québec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Province<br>Québec                                                                                                                                                                                                       |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                                            |  |
| 123, rue Nouvelle, Québec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | G 1 C 0 T 0                                                                                                                           |  |
| Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé »<br>Last address in province that issued health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Province                                                                                                                                                                                                                 |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                                            |  |
| 123, rue du Patient, Ville du Patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Ontario                                                                                                                                                                                                                  |  | K 1 H 0 T 0                                                                                                                           |  |
| Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé »<br>Date of departure from province that issued health card                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec<br>Date of beginning of permanent residence in Québec                                                                           |  | Année Mois Jour<br>2 0 0 7 0 4 0 1                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Année Mois Jour<br>2 0 0 7 0 4 0 2                                                                                                    |  |
| <b>Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
| Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the <i>Canada Evidence Act</i> . In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin. |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |
| SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION<br>SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT)<br>SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)                                                                                                               |  | Date                                                                                                                                  |  |
| Nom du représentant du patient en lettres majuscules<br>Name of patient's representative, in block letters                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Lien avec le patient<br>Relationship to patient                                                                                                                                                                          |  | Préciser<br>Specify                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur<br>Father, mother or guardian                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                       |  |
| Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient<br>Address of person making this declaration, if not the patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Province                                                                                                                                                                                                                 |  | CODE POSTAL<br>POSTAL CODE                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Même que celle du patient<br>Same as that of patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                          |  | Numéro de téléphone<br>Phone Number                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                       |  |

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

**3.5.4 Installation permanente au Québec (Section 4)**

**Adresse permanente au Québec :** Inscrire l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

**Province :** Ce champ est toujours Québec.

**Code postal :** Code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

**Numéro de téléphone :** Numéro de téléphone permanent du patient au Québec.

**Dernière adresse dans la province ayant délivré la carte santé :** Inscrire la dernière adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

**Province :** Province qui a délivré la carte santé.

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

**Numéro de téléphone :** Numéro de téléphone dans la province qui a délivré la carte santé.

**Date du départ de la province ayant délivré la carte santé :** Inscrire la date du départ de la province qui a délivré la carte santé.

**Date du début de l'installation permanente au Québec :** Inscrire la date à laquelle la personne a commencé à résider de façon permanente au Québec.

**Régie de l'assurance maladie Québec**  **Déclaration d'assurance hospitalisation**  
Hospital Insurance Declaration  
**Services internes dispensés au Québec**  
Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK

Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules  
Last name and first name of insured person, in block letters

Número de contrôle externe/External control number

**Établissement**  
Code de l'établissement Nom de l'établissement Date d'admission  
Année Mois Jour  
Adresse (numéro, rue, localité) CODE POSTAL

**Patient** Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » - HEALTH CARD NUMBER Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules - Last name and first name of insured person, in block letters Numéro de téléphone - Phone Number

Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY Sexe - Sex ☐ M ☐ F Province ayant délivré la carte - Province that issued card Date d'entrée en vigueur de la carte - Effective date of card ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY Date d'expiration de la carte - Expiry date of card ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY

Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) Province CODE POSTAL POSTAL CODE

**Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec**  
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) Province Québec CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone - Phone Number

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) :  
Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin

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

Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay  
DU - FROM ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY AU - TO ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY

☐ Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) :  
Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :  
Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province - Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR MOIS MONTH

Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) - Address in that province (number, street, locality) Province CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone - Phone Number

**Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec**  
Adresse permanente au Québec - Permanent address in Québec Province Québec CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone - Phone Number

Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » - Last address in province that issued health card Province CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone - Phone Number

Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » - Date of departure from province that issued health card ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY ☐ Date du début de l'installation permanente au Québec - Date of beginning of permanent residence in Québec ANNÉE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY

**Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative**  
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the *Canada Evidence Act*. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION - SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) - SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) Date 2007-04-01

Nom du représentant du patient en lettres majuscules - Name of patient's representative, in block letters Lien avec le patient - Relationship to patient ☐ Père, mère ou tuteur - Father, mother or guardian ☐ Préciser - Specify

Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient - Address of person making this declaration, if not the patient ☐ Même que celle du patient - Same as that of patient Province CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone - Phone Number

3716 266 04/09 Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient

**3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (Section 5)**

**Signature de la personne qui fait cette déclaration :** Le patient ou son représentant est tenu de signer la déclaration du patient.

**Signature du témoin (représentant de l'hôpital) :** La signature du représentant est obligatoire.

**Date :** Date de la signature de la déclaration.

**Nom :** Nom du représentant du patient (lettres majuscules). Si ce n'est pas le patient qui signe la déclaration, il faut indiquer ici le nom du représentant du patient.

**Lien avec le patient :** Il faut indiquer le lien avec le patient en cochant la case PÈRE, MÈRE OU TUTEUR ou encore la case PRÉCISER en indiquant le lien sur la ligne.

**Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient :** Inscrire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

**Province :** Inscrire la province du représentant du patient.

# **Code postal :** Inscrire le code postal de la résidence du représentant du patient.

**Numéro de téléphone :** Inscrire le numéro de téléphone du représentant du patient.

**3.6 EXPÉDITION**

# Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation **doit être conservé dans les dossiers de l'établissement**. Sur demande de la Régie, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'application des programmes Q037  
Facturation interprovinciale  
Case postale 6600  
Québec QC G1K 7T3

**L'établissement conserve la deuxième copie.**

**3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE**

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](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.



## 4. PAIEMENT

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement a lieu toutes les deux semaines. Le chèque est émis à l'ordre de la corporation dont l'établissement fait partie. Un état de compte y est joint pour vérification.

L'établissement qui désire contester une décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles relatives à une demande de paiement réglée, doit obligatoirement le faire par le biais d'une demande de réévaluation. Il n'y a pas lieu de retourner le chèque à la Régie. L'ajustement sera fait lors d'un paiement ultérieur. (Voir section 4.4 Réévaluation).

De même, si une erreur dans la facturation des services internes a entraîné un montant payé en trop à la corporation, il faut demander la **réévaluation** du paiement, au lieu de retourner le chèque. La Régie procédera alors aux ajustements nécessaires lors d'un paiement ultérieur.

## 4.2 ÉTAT DE COMPTE

| Régie de l'assurance maladie Québec                                                                                |                                |   |    | ÉTAT DE COMPTE                   |                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---|----|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|
| Case postale 6600<br>Québec (Québec) G1K 7T3                                                                       |                                |   |    |                                  |                              |                                        |
| LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE |                                |   |    | NUMÉRO DU PAIEMENT               | DATE DE LA FACTURATION       | PAGE                                   |
| NOM<br>Centre hospitalier de Québec                                                                                |                                |   |    | NUMÉRO D'IDENTIFICATION<br>12345 | NUMÉRO DE CHÉQUE<br>12345678 | DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE<br>20AA-10-01 |
|                                                                                                                    |                                |   |    | HU-22                            |                              | 1 de 2                                 |
| 1                                                                                                                  | 2                              | 3 | 4  | 5                                | 6                            | 7                                      |
| CENTRE HOSPITALIER DE QUÉBEC<br>1125, GRANDE-ALLÉE OUEST<br>QUÉBEC (QUÉBEC)<br>G1K 7T3                             |                                |   |    |                                  |                              |                                        |
| 8                                                                                                                  | SOMMAIRE                       |   |    |                                  |                              |                                        |
| PAIEMENTS ET RETENUES                                                                                              |                                |   |    |                                  |                              |                                        |
| NOMBRE                                                                                                             |                                |   |    |                                  |                              |                                        |
| MONTANT                                                                                                            |                                |   |    |                                  |                              |                                        |
| PAIEMENTS                                                                                                          |                                |   |    |                                  |                              |                                        |
| 9                                                                                                                  | SERVICES INTERNES              |   |    |                                  | 00,00                        |                                        |
|                                                                                                                    | DEMANDES DE PAIEMENT           |   | 0  | 00,00                            |                              |                                        |
|                                                                                                                    | REFACTURATION                  |   | 0  | 0,00                             |                              |                                        |
|                                                                                                                    | SERVICES EXTERNES              |   |    |                                  | 0,00                         |                                        |
|                                                                                                                    | DEMANDES DE PAIEMENT           |   | 0  | 0,00                             |                              |                                        |
|                                                                                                                    | REFACTURATION                  |   | 0  | 0,00                             |                              |                                        |
|                                                                                                                    | PAIEMENT REÇU                  |   | 10 | 11                               | 0,00                         |                                        |
|                                                                                                                    | TOTAL DES PAIEMENTS            |   |    |                                  | 12                           | 0,00                                   |
|                                                                                                                    | RETENUES                       |   |    |                                  |                              | 13                                     |
|                                                                                                                    | SERVICES INTERNES RÉCUPÉRATION |   |    |                                  | 0,00                         |                                        |
|                                                                                                                    | SERVICES EXTERNES RÉCUPÉRATION |   |    |                                  | 0,00                         |                                        |
|                                                                                                                    | SOLDE REPORTÉ                  |   |    |                                  | 0,00                         |                                        |
|                                                                                                                    | TOTAL DES RETENUES             |   |    |                                  |                              | 0,00                                   |
|                                                                                                                    | MONTANT NET                    |   |    |                                  |                              | 0,00                                   |

SPÉCIMEN

HUP 001 4705 306 05/01

**4.2.1 Description**

L'état de compte contient les renseignements suivants :

**1. Nom :**

Nom de l'établissement.

**2. Numéro d'identification :**

Code de l'établissement (numéro corporatif).

**3. Numéro de chèque :**

Numéro du chèque correspondant au présent état de compte.

**4. Date de l'état de compte :**

Date du paiement.

**5. Numéro du paiement :**

Numéro du cycle du paiement.

**6. Date de la facturation :**

Non applicable.

**7. Page :**

Numéro de page.

**8. Nom et adresse :**

Nom et adresse postale de l'établissement pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

**9. Paiements et retenues :**

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

**10. Nombre :**

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

**11. Montant :**

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

**12. Montant :**

Cumulatif selon les différents types de transactions. ( Services internes, services externes et récupération).

**13. Montant :**

Cumulatif des paiements, des retenues ainsi que le montant net.

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

| Régie de l'assurance maladie Québec                                                                                |                                  |                              |                                        | ÉTAT DE COMPTE     |                        |                 |                  |      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------|------------------|------|-----------------|
| Case postale 6600<br>Québec (Québec) G1K 7T3                                                                       |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE |                                  |                              |                                        | NUMÉRO DU PAIEMENT | DATE DE LA FACTURATION | PAGE            |                  |      |                 |
| NOM<br>Centre hospitalier de Québec                                                                                | NUMÉRO D'IDENTIFICATION<br>12345 | NUMÉRO DE CHÈQUE<br>12345678 | DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE<br>20AA-10-01 | HU-22              |                        | 2 de 2          |                  |      |                 |
| DÉTAILS DES DEMANDES                                                                                               |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| SERVICES INTERNES                                                                                                  |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| IDENTIFIANT DE LA DEMANDE                                                                                          | NO. ASS. SANTÉ                   | NOM ET PRÉNOM                | DATE DÉBUT                             | DATE FIN           | CODE                   | MONTANT DEMANDÉ | MONTANT AUTORISÉ | TYPE | CODE DE MESSAGE |
| 14                                                                                                                 | 15                               | 16                           | 17                                     | 18                 | 19                     | 20              | 21               | 22   | 23              |
| SPÉCIMEN                                                                                                           |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| SERVICES EXTERNES                                                                                                  |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| IDENTIFIANT DE LA DEMANDE                                                                                          | NO. ASS. SANTÉ                   | NOM ET PRÉNOM                | DATE DÉBUT                             | DATE FIN           | CODE                   | MONTANT DEMANDÉ | MONTANT AUTORISÉ | TYPE | CODE DE MESSAGE |
| DESCRIPTION DES TYPES DE DEMANDE :                                                                                 |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| P : DEMANDE DE PAIEMENT                                                                                            |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| Z : RÉCUPÉRATION                                                                                                   |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| B : REFACTURATION                                                                                                  |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| DESCRIPTION DES MESSAGES                                                                                           |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |
| ***** FIN DU RELEVÉ *****                                                                                          |                                  |                              |                                        |                    |                        |                 |                  |      |                 |

HUP 001 4705 306 05/01

## 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 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<sup>er</sup> avril 2007.

| CODE DE SERVICE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIPTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TARIF (\$) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Transplantation (par cas)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application (page 26).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
| + 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - acquisition d'organe hors 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), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays moins 17 908,00 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque |            |
| + 101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - coeur. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 95 068,00  |
| + 102                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - coeur-poumons. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 134 271,00 |
| + 103                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - poumons. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 153 539,00 |
| + 104                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - foie . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 97 399,00  |
| + 106                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - rein (adulte ou enfant) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 26 483,00  |
| + 108                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - rein et pancréas . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 32 628,00  |
| <b><u>AVIS :</u></b> 1) <i>Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du donneur.</i>                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| 2) <i>Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur de l'organe.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| 3) <i>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.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

# Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2006.

| CODE DE SERVICE | DESCRIPTION                                                                                                                  | TARIF (\$) |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                 | <b>Implants spéciaux :</b>                                                                                                   |            |
|                 | * Le prix d'acquisition <b>plus</b> le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. |            |
| 310             | - implant cochléaire . . . . .                                                                                               | *          |
| # 311           | - défibrillateur-stimulateur cardiaque combiné (excluant toute autre sorte de stimulateur cardiaque) . . . . .               | *          |

**Veillez fournir une copie de la facture avec la demande de paiement.**

## 5.1.2 Tarif journalier

Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2006.

| CODE DE SERVICE           | DESCRIPTION                                                                                                                                                                                                    | TARIF (\$)                |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Tarif journalier :</b> |                                                                                                                                                                                                                |                           |
| 401                       | - Soins de courte durée . . . . .                                                                                                                                                                              | Tarif journalier autorisé |
| # 402                     | - Soins d'un nouveau-né (non malade). . . . .<br>(Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique) | 319,00                    |

## 5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires

Tarifs en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998.

| CODE DE SERVICE | DESCRIPTION                                                                                                              | TARIF (\$) |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 501             | Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire . . . . .                                                               | 2 400,00   |
| 502             | Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire . . . . .                                                               | 5 300,00   |
| 503             | Cathétérisme cardiaque sans tuteur . . . . .                                                                             | 1 800,00   |
| 504             | Cathétérisme cardiaque avec tuteur . . . . .                                                                             | 4 500,00   |
| # 505           | Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque combiné (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs) . . . . . | 3 500,00   |

# **Remarque :** Chaque catégorie de service est limitée à la liste des « Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire » (voir annexe IV) telle qu'elle figure dans la Classification des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC) et la classification canadienne des interventions (CCI).

**Règles d'application :**

1. Les tarifs pour les interventions cardiovasculaires s'appliquent uniquement le jour où le service est rendu et s'ajoutent au per diem autorisé de l'hôpital.
2. Durant l'hospitalisation d'un patient, les interventions cardiovasculaires qui ne sont pas effectuées le même jour peuvent être facturées.
3. Lorsque plusieurs interventions cardiovasculaires sont effectuées lors d'un même séjour en salle d'opération, une seule intervention peut être facturée.
4. Lorsque des interventions répétées ou multiples sont effectuées sur un patient le même jour mais durant des séjours séparés ou distincts en salle d'opération, deux interventions, **au plus**, peuvent être facturées.

## # 5.1.3.1 Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire selon la « Classification canadienne des interventions » (CCI)

| <b>Code de service 501</b> |  | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                             |
|----------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                                                  |
| 1.HA.52.DA                 |  | Drainage, péricarde, approche endoscopique (chirurgie thoracique vidéo assistée)                                                                                    |
| 1.HA.52.HA                 |  | Drainage, péricarde, approche percutanée (à l'aiguille)                                                                                                             |
| 1.HA.52.HA.TS              |  | Drainage, péricarde, approche percutanée (aiguille), drain in situ                                                                                                  |
| 1.HA.52.QA                 |  | Drainage, péricarde, voie sous-xiphœidienne                                                                                                                         |
| 1.HA.52.QB                 |  | Drainage, péricarde, voie thoracique (par exemple, sternotomie, thoracotomie)                                                                                       |
| 1.HA.72.DA                 |  | Libération, péricarde, approche endoscopique (chirurgie thoracique vidéo assistée)                                                                                  |
| 1.HA.72.LA                 |  | Libération, péricarde, approche ouverte                                                                                                                             |
| 1.HA.80.QA                 |  | Réparation, péricarde, sans utilisation de tissu pour la réparation voie sous-xiphœidienne                                                                          |
| 1.HA.80.QA-XX-A            |  | Réparation, péricarde, autogreffe voie sous-xiphœidienne                                                                                                            |
| 1.HA.80.QA-XX-N            |  | Réparation, péricarde, matériel synthétique voie sous-xiphœidienne                                                                                                  |
| 1.HA.80.QB                 |  | Réparation, péricarde, sans utilisation de tissu pour la réparation approche ouverte via le thorax                                                                  |
| 1.HA.80.QB-XX-A            |  | Réparation, péricarde, autogreffe approche ouverte via le thorax                                                                                                    |
| 1.HA.80.QB-XX-N            |  | Réparation, péricarde, matériel synthétique approche ouverte via le thorax                                                                                          |
| 1.HH.59.DA-GX              |  | Destruction, système de conduction cardiaque approche endoscopique (par pleuroscopie) utilisation d'un dispositif NCA                                               |
| 1.HH.59.GP-AW              |  | Destruction, système de conduction cardiaque                                                                                                                        |
| 1.HH.59.LA-AD              |  | Destruction, système de conduction cardiaque                                                                                                                        |
| 1.HH.59.LA-AW              |  | Destruction, système de conduction cardiaque                                                                                                                        |
| 1.HH.59.LA-GX              |  | Destruction, système de conduction cardiaque approche ouverte utilisation d'un dispositif NCA                                                                       |
| 1.HH.59.PN-GX              |  | Destruction, système de conduction cardiaque téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils et utilisation d'un dispositif NCA |
| 1.HJ.76.RX-XX-A            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une autogreffe anastomose auriculo-pulmonaire                                                                     |
| 1.HJ.76.RX-XX-K            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une homogreffe anastomose auriculo-pulmonaire                                                                     |
| 1.HJ.76.RX-XX-L            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une xélogreffe (bioprothèse) anastomose auriculopulmonaire                                                        |
| 1.HJ.76.RX-XX-N            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de matériel synthétique anastomose auriculopulmonaire                                                               |
| 1.HJ.76.RX-XX-Q            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de sources de tissus associées anastomose auriculo-pulmonaire                                                       |

| <b>Code de service 501</b> |  | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                |
|----------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                     |
| 1.HJ.76.RY-XX-A            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une autogreffe communications auriculo-ventriculaires                                |
| 1.HJ.76.RY-XX-K            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une homogreffe communication auriculo-ventriculaire                                  |
| 1.HJ.76.RY-XX-L            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une xélogreffe (bioprothèse) communications auriculoventriculaires                   |
| 1.HJ.76.RY-XX-N            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de matériel synthétique communications auriculoventriculaires                          |
| 1.HJ.76.RY-XX-Q            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de sources de tissus associées communications auriculo-ventriculaires                  |
| 1.HJ.76.SB                 |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de suture uniquement anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, hémi Fontan           |
| 1.HJ.76.SB-XX-A            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une autogreffe anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, hémi Fontan               |
| 1.HJ.76.SB-XX-K            |  | Pontage, structures du coeur droit utilisation d'une homogreffe anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle                             |
| 1.HJ.76.SB-XX-L            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une xélogreffe (bioprothèse) anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, hémi Fontan |
| 1.HJ.76.SB-XX-N            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de matériel synthétique anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, hémi Fontan        |
| 1.HJ.76.SB-XX-Q            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de sources de tissus associées anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, hémi Fontan |
| 1.HJ.76.TT-XX-A            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une autogreffe communications cavopulmonaires extracardiaques                        |
| 1.HJ.76.TT-XX-K            |  | Pontage, structures du coeur droit utilisation d'une homogreffe communication cavopulmonaire extracardiaque                            |
| 1.HJ.76.TT-XX-L            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une xélogreffe (bioprothèse) communications cavopulmonaires extracardiaques          |
| 1.HJ.76.TT-XX-N            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de matériel synthétique communications cavopulmonaires extracardiaques                 |
| 1.HJ.76.TT-XX-Q            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de sources de tissus associées communications cavopulmonaires extracardiaques          |
| 1.HJ.76.WX-XX-A            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une autogreffe communications cavopulmonaires totales                                |
| 1.HJ.76.WX-XX-K            |  | Pontage, structures du coeur droit utilisation d'une homogreffe communication cavopulmonaire totale                                    |
| 1.HJ.76.WX-XX-L            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation d'une xélogreffe (bioprothèse) communications cavopulmonaires totales                  |
| 1.HJ.76.WX-XX-N            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de matériel synthétique communications cavopulmonaires totales                         |
| 1.HJ.76.WX-XX-Q            |  | Pontage, structures du coeur droit, utilisation de sources de tissus associées communications cavopulmonaires totales                  |

| Code de service 501 | CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Code d'intervention | Description                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1.HJ.82.LA-XX-A     | Rattachement, structures du coeur droit, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                                                                 |
| 1.HJ.82.LA-XX-L     | Rattachement, structures du coeur droit, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse)                                                                                                                                                                   |
| 1.HJ.82.LA-XX-N     | Rattachement, structures du coeur droit, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                                                                                       |
| 1.HJ.82.LA-XX-Q     | Rattachement, structures du coeur droit, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                                                                                |
| 1.HM.57.DA          | Extraction, oreillette, approche endoscopique                                                                                                                                                                                                             |
| 1.HM.57.GP          | Extraction, oreillette, approche transluminale percutanée                                                                                                                                                                                                 |
| 1.HM.57.LA          | Extraction, oreillette, approche ouverte                                                                                                                                                                                                                  |
| 1.HM.78.GP          | Réparation de réduction, oreillette, approche transluminale percutanée                                                                                                                                                                                    |
| 1.HM.78.GP-XX-N     | Réparation de réduction, oreillette, approche transluminale percutanée et tissu synthétique                                                                                                                                                               |
| 1.HM.78.LA          | Réparation de réduction, oreillette, approche ouverte                                                                                                                                                                                                     |
| 1.HM.80.DA          | Réparation, oreillette, aucun tissu utilisé (par exemple, suture uniquement) approche endoscopique                                                                                                                                                        |
| 1.HM.80.DA-XX-A     | Réparation, oreillette, par autogreffe (par exemple, péricarde) approche endoscopique                                                                                                                                                                     |
| 1.HM.80.DA-XX-N     | Réparation, oreillette, utilisation de tissu synthétique (par exemple, Dacron) approche endoscopique                                                                                                                                                      |
| 1.HM.80.DA-XX-Q     | Réparation, oreillette, sources de tissus associées approche endoscopique                                                                                                                                                                                 |
| 1.HM.80.LA          | Réparation, oreillette, aucun tissu utilisé (par exemple, suture uniquement) approche ouverte                                                                                                                                                             |
| 1.HM.80.LA-XX-A     | Réparation, oreillette, par autogreffe (par exemple, péricarde) approche ouverte                                                                                                                                                                          |
| 1.HM.80.LA-XX-N     | Réparation, oreillette, utilisation de tissu synthétique (par exemple, Dacron) approche ouverte                                                                                                                                                           |
| 1.HM.80.LA-XX-Q     | Réparation, oreillette, sources de tissus associées approche ouverte                                                                                                                                                                                      |
| 1.HN.71.GP-BD       | Division, septum interauriculaire, approche percutanée transluminale avec ballonnet (par exemple, septostomie à ballonnet de l'oreillette)                                                                                                                |
| 1.HN.71.LA          | Division, septum interauriculaire, septectomie ouverte (technique de Blalock Hanlon)                                                                                                                                                                      |
| 1.HN.71.ST          | Division, septum interauriculaire, opération à coeur fermé                                                                                                                                                                                                |
| 1.HN.71.WK          | Division, septum interauriculaire, septectomie ouverte avec occlusion du remplissage                                                                                                                                                                      |
| 1.HN.80.GP-FL       | Réparation, septum interauriculaire, approche transluminale percutanée avec dispositif de type parapluie double (p. ex. dispositif en forme de coque, dispositif d'occlusion septal, dispositif d'occlusion du foramen ovale persistant ou disque double) |
| 1.HN.80.GP-GX       | Réparation, septum interauriculaire, approche transluminale percutanée avec utilisation d'un dispositif NCA                                                                                                                                               |
| 1.HN.80.LA          | Réparation, septum interauriculaire, approche ouverte                                                                                                                                                                                                     |
| 1.HN.80.LA-XX-A     | Réparation, septum interauriculaire, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                                                                     |

| Code de service 501 | CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE                                                                                                                                      |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Code d'intervention | Description                                                                                                                                                                           |
| 1.HN.80.LA-XX-N     | Réparation, septum interauriculaire, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                       |
| 1.HN.80.LA-XX-Q     | Réparation, septum interauriculaire, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                |
| 1.HN.87.LA          | Excision partielle, septum interauriculaire, aucun tissu utilisé (par exemple, excision uniquement) approche ouverte                                                                  |
| 1.HN.87.SA-XX-A     | Excision partielle, septum interauriculaire, autogreffe (tissu péricardique) technique de détournement, du lambeau septal ou du lambeau interauriculaire                              |
| 1.HN.87.SA-XX-K     | Excision partielle, septum interauriculaire, homogreffe technique de détournement, du lambeau septal ou du lambeau interauriculaire                                                   |
| 1.HN.87.SA-XX-L     | Excision partielle, septum interauriculaire, technique de détournement, du lambeau septal ou du lambeau interauriculaire utilisation d'une xélogreffe (bioprothèse)                   |
| 1.HN.87.SA-XX-N     | Excision partielle, septum interauriculaire, utilisation de matériau synthétique (par exemple, le Dacron) technique de détournement, du lambeau septal ou du lambeau interauriculaire |
| 1.HN.87.SA-XX-Q     | Excision partielle, septum interauriculaire, sources de tissus associées technique de détournement, du lambeau septal ou du lambeau interauriculaire                                  |
| 1.HP.71.LA          | Division, ventricule, approche ouverte                                                                                                                                                |
| 1.HP.76.NB-XX-A     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire (réparation intracardiaque) (conduit SAI) autogreffe dérivation se terminant dans l'aorte                                          |
| 1.HP.76.NB-XX-K     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire (réparation intracardiaque) (conduit SAI) homogreffe dérivation se terminant dans l'aorte                                          |
| 1.HP.76.NB-XX-N     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire (réparation intracardiaque) (conduit SAI) utilisation de matériau synthétique dérivation se terminant dans l'aorte                 |
| 1.HP.76.NB-XX-Q     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire (réparation intracardiaque) (conduit SAI) utilisation de plusieurs sources de tissu dérivation se terminant dans l'aorte           |
| 1.HP.76.TT-XX-A     | Pontage, ventricule, par conduit extracardiaque (avec ou sans valvule) autogreffe dérivation se terminant dans l'aorte                                                                |
| 1.HP.76.TT-XX-K     | Pontage, ventricule, par conduit extracardiaque (avec ou sans valvule) homogreffe dérivation se terminant dans l'aorte                                                                |
| 1.HP.76.TT-XX-N     | Pontage, ventricule, par conduit extracardiaque (avec ou sans valvule) utilisation de matériau synthétique dérivation se terminant dans l'aorte                                       |
| 1.HP.76.TT-XX-Q     | Pontage, ventricule, par conduit extracardiaque (avec ou sans valvule) utilisation de plusieurs sources de tissu dérivation se terminant dans l'aorte                                 |
| 1.HP.76.UJ-XX-A     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire et conduit extracardiaque autogreffe dérivation se terminant dans l'aorte                                                          |
| 1.HP.76.UJ-XX-K     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire et conduit extracardiaque homogreffe dérivation se terminant dans l'aorte                                                          |
| 1.HP.76.UJ-XX-N     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire et conduit extracardiaque utilisation de matériau synthétique dérivation se terminant dans l'aorte                                 |
| 1.HP.76.UJ-XX-Q     | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire et conduit extracardiaque utilisation de plusieurs sources de tissu dérivation se terminant dans l'aorte                           |

| <b>Code de service 501</b> | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> | <b>Description</b>                                                                                                                                                                                          |
| 1.HP.76.WX-XX-A            | Pontage, ventricule, par tunnel intraventriculaire et conduit extracardiaque autogreffe dérivation se terminant dans l'artère pulmonaire                                                                    |
| 1.HP.80.LA                 | Réparation, ventricule, approche ouverte sans tissu                                                                                                                                                         |
| 1.HP.80.LA-XX-A            | Réparation, ventricule, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                                    |
| 1.HP.80.LA-XX-L            | Réparation, ventricule, approche ouverte avec xénogreffe (bioprothèse) (par exemple, péricarde bovin)                                                                                                       |
| 1.HP.80.LA-XX-N            | Réparation, ventricule, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                                                          |
| 1.HP.80.LA-XX-Q            | Réparation, ventricule, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                                                   |
| 1.HP.82.LA-XX-A            | Rattachement, ventricule, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                                  |
| 1.HP.82.LA-XX-L            | Rattachement, ventricule, approche ouverte avec xénogreffe (bioprothèse)                                                                                                                                    |
| 1.HP.82.LA-XX-N            | Rattachement, ventricule, approche ouverte avec tissu synthétique                                                                                                                                           |
| 1.HP.82.LA-XX-Q            | Rattachement, ventricule, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                                                 |
| 1.HP.87.LA                 | Excision partielle, ventricule, aucun tissu utilisé (par exemple, suture uniquement) approche ouverte                                                                                                       |
| 1.HP.87.LA-AG              | Excision partielle, ventricule, aucun tissu utilisé (par exemple, suture uniquement) approche ouverte et utilisation d'un laser                                                                             |
| 1.HP.87.LA-AG-A            | Excision partielle, ventricule, autogreffe approche ouverte et utilisation d'un laser                                                                                                                       |
| 1.HP.87.LA-AG-K            | Excision partielle, ventricule, homogreffe approche ouverte et utilisation d'un laser                                                                                                                       |
| 1.HP.87.LA-AG-L            | Excision partielle, ventricule, utilisation d'une xénogreffe (bioprothèse) approche ouverte                                                                                                                 |
| 1.HP.87.LA-AG-N            | Excision partielle, ventricule, matériel synthétique approche ouverte et utilisation d'un laser                                                                                                             |
| 1.HP.87.LA-AG-Q            | Excision partielle, ventricule, sources de tissus associées approche ouverte et utilisation d'un laser                                                                                                      |
| 1.HP.87.LA-XX-A            | Excision partielle, ventricule, autogreffe approche ouverte                                                                                                                                                 |
| 1.HP.87.LA-XX-K            | Excision partielle, ventricule, homogreffe approche ouverte                                                                                                                                                 |
| 1.HP.87.LA-XX-L            | Excision partielle, ventricule, utilisation d'une xénogreffe (bioprothèse) approche ouverte                                                                                                                 |
| 1.HP.87.LA-XX-N            | Excision partielle, ventricule, matériel synthétique approche ouverte                                                                                                                                       |
| 1.HP.87.LA-XX-Q            | Excision partielle, ventricule, sources de tissus associées approche ouverte                                                                                                                                |
| 1.HR.71.LA                 | Division, septum interventriculaire, approche ouverte                                                                                                                                                       |
| 1.HR.71.ST                 | Division, septum interventriculaire, opération à coeur fermé                                                                                                                                                |
| 1.HR.80.GP-FL              | Réparation, septum interventriculaire, approche transluminale percutanée avec dispositif en parapluie double face (p. ex., dispositif en forme de coque, dispositif d'occlusion de la CIV ou disque double) |
| 1.HR.80.LA                 | Réparation, septum interventriculaire, approche ouverte sans tissu                                                                                                                                          |
| 1.HR.80.LA-XX-A            | Réparation, septum interventriculaire, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                     |

| <b>Code de service 501</b> |  | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                         |
|----------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                              |
| 1.HR.80.LA-XX-L            |  | Réparation, septum interventriculaire, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse) (p. ex., péricarde bovin)                                 |
| 1.HR.80.LA-XX-N            |  | Réparation, septum interventriculaire, approche ouverte avec matériel synthétique                                                               |
| 1.HR.80.LA-XX-Q            |  | Réparation, septum interventriculaire, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                        |
| 1.HR.84.LA-XX-A            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire, approche ouverte avec autogreffe                                                     |
| 1.HR.84.LA-XX-K            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire, approche ouverte avec homogreffe                                                     |
| 1.HR.84.LA-XX-L            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse)                                       |
| 1.HR.84.LA-XX-N            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire, approche ouverte avec matériel synthétique                                           |
| 1.HR.84.LA-XX-Q            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire, approche ouverte avec sources de tissus associées                                    |
| 1.HR.87.LA                 |  | Excision partielle, septum interventriculaire, approche ouverte sans tissu                                                                      |
| 1.HR.87.LA-XX-A            |  | Excision partielle, septum interventriculaire, approche ouverte avec autogreffe                                                                 |
| 1.HR.87.LA-XX-N            |  | Excision partielle, septum interventriculaire, approche ouverte avec matériel synthétique                                                       |
| 1.HR.87.LA-XX-Q            |  | Excision partielle, septum interventriculaire, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                |
| 1.HS.80.LA                 |  | Réparation, valvule tricuspide, utilisation de sutures (par exemple, plicature annulaire, annuloplastie semicirculaire) approche ouverte        |
| 1.HS.80.LA-FE              |  | Réparation, valvule tricuspide, utilisation d'une prothèse (par exemple, anneau, annuloplastie par anneau) approche ouverte                     |
| 1.HS.80.LA-XX-A            |  | Réparation, valvule tricuspide, par autogreffe (par exemple, reconstitution d'une valve avec du tissu péricardique) approche ouverte            |
| 1.HT.80.LA                 |  | Réparation, valvule pulmonaire, utilisation de sutures (par exemple, plicature annulaire, annuloplastie semicirculaire) approche ouverte        |
| 1.HT.80.LA-BP              |  | Réparation, valvule pulmonaire, approche ouverte et dilateur rigide ou télescopique                                                             |
| 1.HT.80.LA-FE              |  | Réparation, valvule pulmonaire, utilisation d'une prothèse (par exemple, annuloplastie par anneau) approche ouverte                             |
| 1.HT.80.LA-XX-A            |  | Réparation, valvule pulmonaire, par autogreffe (par exemple, reconstitution d'une valve avec du tissu péricardique) approche ouverte            |
| 1.HT.89.LA                 |  | Excision totale, valvule pulmonaire, approche ouverte                                                                                           |
| 1.HU.80.LA                 |  | Réparation, valvule mitrale, utilisation de sutures (par exemple, plicature annulaire, annuloplastie semi-circulaire) approche ouverte          |
| 1.HU.80.LA-FE              |  | Réparation, valvule mitrale, utilisation d'une prothèse (par exemple, anneau, annuloplastie par anneau) approche ouverte                        |
| 1.HU.80.LA-XX-A            |  | Réparation, valvule mitrale, utilisation d'une autogreffe (par exemple, reconstitution d'une valve avec du tissu péricardique) approche ouverte |

| <b>Code de service 501</b> | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                                                  |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> | <b>Description</b>                                                                                                                                                                                       |
| 1.HU.80.PN                 | Réparation, valvule mitrale utilisation de sutures (par exemple, plicature annulaire, annuloplastie semi-circulaire) téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils |
| 1.HU.80.PN-BD              | Réparation, valvule mitrale utilisation d'un ballonnet (par exemple, valvuloplastie au ballonnet) téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils                    |
| 1.HU.80.PN-BP              | Réparation, valvule mitrale utilisation d'un dispositif de dilatation (par exemple, dilateur) téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils                        |
| 1.HU.80.PN-FE              | Réparation, valvule mitrale, utilisation d'une prothèse (par exemple, annuloplastie par anneau, hauban) téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils              |
| 1.HU.80.PN-XX-A            | Réparation, valvule mitrale utilisation d'une autogreffe (reconstitution d'une valve avec du tissu péricardique) téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils     |
| 1.HV.80.LA                 | Réparation, valvule aortique, utilisation de sutures (par exemple, plicature annulaire, annuloplastie semicirculaire) approche ouverte                                                                   |
| 1.HV.80.LA-FE              | Réparation, valvule aortique, utilisation d'une prothèse (par exemple, anneau, annuloplastie par anneau) approche ouverte                                                                                |
| 1.HV.80.LA-XX-A            | Réparation, valvule aortique, approche ouverte par autogreffe (par exemple, reconstitution d'une valve avec du tissu péricardique)                                                                       |
| 1.HW.78.LA                 | Réparation de réduction, anneau NCA, approche ouverte                                                                                                                                                    |
| 1.HW.79.LA-XX-L            | Réparation d'augmentation, anneau NCA, approche ouverte et xélogreffe (bioprothèse)                                                                                                                      |
| 1.HW.79.LA-XX-N            | Réparation d'augmentation, anneau NCA, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                                        |
| 1.HW.79.WK-XX-N            | Réparation d'augmentation, anneau NCA, utilisation de dédoublement postérieur extensif et de matériau synthétique                                                                                        |
| 1.HX.71.LA                 | Division, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte                                                                                                                                           |
| 1.HX.78.LA                 | Réparation de réduction, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte                                                                                                                            |
| 1.HX.79.LA                 | Réparation d'augmentation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte                                                                                                                          |
| 1.HX.80.LA                 | Réparation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte sans tissu                                                                                                                              |
| 1.HX.80.LA-XX-A            | Réparation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec autogreffe (par exemple, greffe par plaque péricardique)                                                                           |
| 1.HX.80.LA-XX-K            | Réparation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec homogreffe                                                                                                                         |
| 1.HX.80.LA-XX-L            | Réparation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse)                                                                                                           |
| 1.HX.80.LA-XX-N            | Réparation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                               |
| 1.HX.80.LA-XX-Q            | Réparation, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                        |
| 1.HX.83.LA                 | Transfert, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte                                                                                                                                          |

| <b>Code de service 501</b> | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> | <b>Description</b>                                                                                                                                                                     |
| 1.HX.86.MF-XX-A            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, autogreffe fistule se terminant dans une cavité du coeur                                                                     |
| 1.HX.86.MF-XX-K            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, homogreffe fistule se terminant dans une cavité du coeur                                                                     |
| 1.HX.86.MF-XX-N            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, matériel synthétique fistule se terminant dans une cavité du coeur                                                           |
| 1.HX.86.MF-XX-Q            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, sources de tissus associées fistule se terminant dans une cavité du coeur                                                    |
| 1.HX.86.MP-XX-A            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, autogreffe fistule se terminant dans un site NCA (par exemple, septum interventriculaire, tronc pulmonaire)                  |
| 1.HX.86.MP-XX-K            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, homogreffe fistule se terminant dans un site NCA (par exemple, septum interventriculaire, tronc pulmonaire)                  |
| 1.HX.86.MP-XX-N            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, matériel synthétique fistule se terminant dans un site NCA (par exemple, septum interventriculaire, tronc pulmonaire)        |
| 1.HX.86.MP-XX-Q            | Fermeture de fistule, structures adjacentes aux valvules, sources de tissus associées fistule se terminant dans un site NCA (par exemple, septum interventriculaire, tronc pulmonaire) |
| 1.HX.87.LA                 | Excision partielle, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte sans tissu                                                                                                    |
| 1.HX.87.LA-XX-A            | Excision partielle, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec autogreffe (par exemple, greffe par plaque péricardique)                                                 |
| 1.HX.87.LA-XX-K            | Excision partielle, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec homogreffe                                                                                               |
| 1.HX.87.LA-XX-L            | Excision partielle, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec xéno greffe (bioprothèse)                                                                                |
| 1.HX.87.LA-XX-N            | Excision partielle, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                     |
| 1.HX.87.LA-XX-Q            | Excision partielle, structures adjacentes aux valvules, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                              |
| 1.HZ.56.GP-GX              | Retrait d'un corps étranger, coeur NCA, approche transluminale percutanée avec dispositif NCA (p. ex., anse en queue de cochon, anse en col de cygne, panier)                          |
| 1.HZ.56.LA                 | Retrait d'un corps étranger, coeur NCA, approche ouverte                                                                                                                               |
| 1.HZ.57.GP                 | Extraction, coeur NCA, approche transluminale percutanée                                                                                                                               |
| 1.HZ.57.LA                 | Extraction, coeur NCA, approche ouverte                                                                                                                                                |
| 1.HZ.59.DA-AD              | Destruction, coeur NCA, approche endoscopique utilisation d'une crysonde                                                                                                               |
| 1.HZ.59.DA-AG              | Destruction, coeur NCA, approche endoscopique utilisation d'un laser                                                                                                                   |
| 1.HZ.59.DA-GX              | Destruction, coeur NCA, approche endoscopique utilisation d'un dispositif NCA                                                                                                          |
| 1.HZ.59.LA-AD              | Destruction, coeur NCA, approche ouverte utilisation d'une crysonde                                                                                                                    |
| 1.HZ.59.LA-AG              | Destruction, coeur NCA, approche ouverte utilisation d'un laser                                                                                                                        |
| 1.HZ.59.LA-GX              | Destruction, coeur NCA, approche ouverte utilisation d'un dispositif NCA                                                                                                               |

| <b>Code de service 501</b> | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> | <b>Description</b>                                                                                                                                                      |
| 1.HZ.70.LA                 | Incision SAI, coeur NCA, approche ouverte                                                                                                                               |
| 1.HZ.80.LA                 | Réparation, coeur NCA, approche ouverte sans tissu                                                                                                                      |
| 1.HZ.80.LA-XX-A            | Réparation, coeur NCA, approche ouverte avec autogreffe (par exemple, graisse, épiploon, artère, veine)                                                                 |
| 1.HZ.80.LA-XX-K            | Réparation, coeur NCA, approche ouverte avec homogreffe                                                                                                                 |
| 1.HZ.80.LA-XX-L            | Réparation, coeur NCA, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse)                                                                                                   |
| 1.HZ.80.LA-XX-N            | Réparation, coeur NCA, approche ouverte avec tissu synthétique (par exemple, greffe par plaque, Dacron)                                                                 |
| 1.HZ.80.LA-XX-Q            | Réparation, coeur NCA, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                |
| 1.HZ.80.WK-AG              | Réparation, coeur NCA, perçage et utilisation d'un laser                                                                                                                |
| 1.HZ.87.LA                 | Excision partielle, coeur NCA, approche ouverte sans tissu                                                                                                              |
| 1.HZ.87.LA-XX-A            | Excision partielle, coeur NCA, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                         |
| 1.HZ.87.LA-XX-N            | Excision partielle, coeur NCA, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                               |
| 1.HZ.87.LA-XX-Q            | Excision partielle, coeur NCA, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                        |
| 1.IF.83.LA                 | Transfert, aorte avec artère pulmonaire et artères coronaires, approche ouverte                                                                                         |
| 1.IJ.55.GQ-NR              | Retrait d'un appareil, artères coronaires, extenseur endovasculaire, approche transluminale percutanée                                                                  |
| 1.IJ.55.LA-NR              | Retrait d'un appareil, artères coronaires, extenseur endovasculaire, approche ouverte                                                                                   |
| 1.IJ.57.LA-AG              | Extraction, artères coronaires, approche ouverte sans utilisation de tissu utilisation d'un laser                                                                       |
| 1.IJ.57.LA-AG-A            | Extraction, artères coronaires, approche ouverte autogreffe utilisation d'un laser                                                                                      |
| 1.IJ.57.LA-AG-K            | Extraction, artères coronaires, approche ouverte homogreffe utilisation d'un laser                                                                                      |
| 1.IJ.57.LA-AG-N            | Extraction, artères coronaires, approche ouverte matériel synthétique utilisation d'un laser                                                                            |
| 1.IJ.57.LA-FV              | Extraction, artères coronaires approche ouverte sans utilisation de tissu utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale) |
| 1.IJ.57.LA-FV-A            | Extraction, artères coronaires approche ouverte autogreffe utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale)                |
| 1.IJ.57.LA-FV-K            | Extraction, artères coronaires approche ouverte homogreffe utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale)                |
| 1.IJ.57.LA-FV-N            | Extraction, artères coronaires approche ouverte matériel synthétique utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale)      |
| 1.IJ.57.LA-GX              | Extraction, artères coronaires, approche ouverte sans utilisation de tissu utilisation d'un dispositif NCA                                                              |
| 1.IJ.57.LA-GX-A            | Extraction, artères coronaires, approche ouverte autogreffe utilisation d'un dispositif NCA                                                                             |
| 1.IJ.57.LA-GX-K            | Extraction, artères coronaires, approche ouverte homogreffe utilisation d'un dispositif NCA                                                                             |
| 1.IJ.57.LA-GX-N            | Extraction, artères coronaires, approche ouverte matériel synthétique utilisation d'un dispositif NCA                                                                   |

| <b>Code de service 501</b> |  | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                                          |
|----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                                                                               |
| 1.IJ.76.BQ-XX-A            |  | Pontage, artères coronaires, approche endoscopique avec télémanipulation robotisée d'outils utilisation d'une autogreffe (par exemple, greffon de veine saphène)                                 |
| 1.IJ.76.DA-XX-A            |  | Pontage, artères coronaires, approche endoscopique (par exemple, accès au site d'injection, minithoracotomie) utilisation d'une autogreffe (par exemple, greffon de veine saphène)               |
| 1.IJ.76.DA-XX-G            |  | Pontage, artères coronaires, approche endoscopique (par exemple, accès au site d'injection, minithoracotomie) utilisation d'un greffon pédiculé (par exemple, greffon d'artère mammaire interne) |
| 1.IJ.76.DA-XX-N            |  | Pontage, artères coronaires, approche endoscopique (par exemple, accès au site d'injection, minithoracotomie) utilisation d'un greffon synthétique                                               |
| 1.IJ.76.DA-XX-Q            |  | Pontage, artères coronaires, approche endoscopique (par exemple, accès au site d'injection, minithoracotomie) utilisation combinée de greffons (par exemple greffon/lambeau pédiculé)            |
| 1.IJ.76.LA-XX-A            |  | Pontage, artères coronaires, approche ouverte (sternotomie) utilisation d'une autogreffe (par exemple, greffon de veine saphène)                                                                 |
| 1.IJ.76.LA-XX-G            |  | Pontage, artères coronaires, approche ouverte (sternotomie) utilisation d'un greffon pédiculé (par exemple, greffon d'artère mammaire interne)                                                   |
| 1.IJ.76.LA-XX-N            |  | Pontage, artères coronaires, approche ouverte (sternotomie) utilisation d'un greffon synthétique                                                                                                 |
| 1.IJ.76.LA-XX-Q            |  | Pontage, artères coronaires, approche ouverte (sternotomie) utilisation combinée de greffons (par exemple, greffon/lambeau pédiculé)                                                             |
| 1.IJ.76.WK-XX-A            |  | Pontage, artères coronaires technique d'incision spéciale (par exemple, MIDCAB) utilisation d'une autogreffe (par exemple, greffon de veine saphène)                                             |
| 1.IJ.76.WK-XX-G            |  | Pontage, artères coronaires technique d'incision spéciale (par exemple, MIDCAB) utilisation d'un greffon pédiculé (par exemple, greffon artère mammaire interne, thoracique)                     |
| 1.IJ.76.WK-XX-N            |  | Pontage, artères coronaires technique d'incision spéciale (par exemple, MIDCAB) utilisation d'un greffon synthétique                                                                             |
| 1.IJ.76.WK-XX-Q            |  | Pontage, artères coronaires technique d'incision spéciale (par exemple, MIDCAB) utilisation combinée de greffons (par exemple greffon/lambeau pédiculé)                                          |
| 1.IJ.80.LA                 |  | Réparation, artères coronaires, approche ouverte sans tissu                                                                                                                                      |
| 1.IJ.80.LA-XX-A            |  | Réparation, artères coronaires, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                 |
| 1.IJ.80.LA-XX-K            |  | Réparation, artères coronaires, approche ouverte avec homogreffe                                                                                                                                 |
| 1.IJ.80.LA-XX-L            |  | Réparation, artères coronaires, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse)                                                                                                                   |
| 1.IJ.80.LA-XX-N            |  | Réparation, artères coronaires, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                                       |
| 1.IJ.80.LA-XX-Q            |  | Réparation, artères coronaires, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                                |
| 1.IK.80.LA                 |  | Réparation, veines coronaires, approche ouverte sans tissu                                                                                                                                       |
| 1.IK.80.LA-XX-A            |  | Réparation, veines coronaires, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                  |
| 1.IK.80.LA-XX-N            |  | Réparation, veines coronaires, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                                        |

| <b>Code de service 501</b> | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> | <b>Description</b>                                                                                                                                                                                                                     |
| 1.IK.87.LA                 | Excision partielle, veines coronaires, approche ouverte sans tissu                                                                                                                                                                     |
| 1.IK.87.LA-XX-A            | Excision partielle, veines coronaires, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                                                |
| 1.IK.87.LA-XX-K            | Excision partielle, veines coronaires, approche ouverte avec homogreffe                                                                                                                                                                |
| 1.IK.87.LA-XX-L            | Excision partielle, veines coronaires, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse)                                                                                                                                                  |
| 1.IK.87.LA-XX-N            | Excision partielle, veines coronaires, approche ouverte avec matériel synthétique                                                                                                                                                      |
| 1.IN.84.LA                 | Construction ou reconstruction, veine pulmonaire, approche ouverte sans tissu                                                                                                                                                          |
| 1.IN.84.LA-XX-A            | Construction ou reconstruction, veine pulmonaire, approche ouverte avec autogreffe (par exemple, le péricarde)                                                                                                                         |
| 1.IN.84.LA-XX-N            | Construction ou reconstruction, veine pulmonaire, approche ouverte avec matériau synthétique (par exemple, Dacron)                                                                                                                     |
| 1.IN.84.LA-XX-Q            | Construction ou reconstruction, veine pulmonaire, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                                                                                    |
| 1.LA.84.LA-XX-Q            | Construction ou reconstruction, aorte avec artère pulmonaire avec septum interventriculaire, approche ouverte avec utilisation de plusieurs sources de tissu (par exemple, homogreffe aortique et utilisation de matériel synthétique) |
| 1.LC.84.LA                 | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec septum interauriculaire et valvules cardiaques, approche ouverte sans tissu                                                                                             |
| 1.LC.84.LA-XX-A            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec septum interauriculaire et valvules cardiaques, approche ouverte avec autogreffe (au niveau des septums)                                                                |
| 1.LC.84.LA-XX-K            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec septum interauriculaire et valvules cardiaques, approche ouverte avec homogreffe (au niveau des septums)                                                                |
| 1.LC.84.LA-XX-L            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec septum interauriculaire et valvules cardiaques, approche ouverte avec xélogreffe (bioprothèse) (au niveau des septums)                                                  |
| 1.LC.84.LA-XX-N            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec septum interauriculaire et valvules cardiaques, approche ouverte avec greffe de matériel synthétique (au niveau des septums)                                            |
| 1.LC.84.LA-XX-Q            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec septum interauriculaire et valvules cardiaques, approche ouverte avec sources de tissus associées                                                                       |
| 1.LD.84.LA-XX-A            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, sans patch transannulaire avec autogreffe                                                                          |
| 1.LD.84.LA-XX-K            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, sans patch transannulaire avec homogreffe                                                                          |
| 1.LD.84.LA-XX-L            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, sans patch transannulaire avec xélogreffe (bioprothèse)                                                            |
| 1.LD.84.LA-XX-N            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, sans patch transannulaire avec matériel synthétique                                                                |
| 1.LD.84.LA-XX-Q            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, sans patch transannulaire avec sources de tissus combinées                                                         |
| 1.LD.84.XY-XX-A            | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, avec patch transannulaire avec autogreffe                                                                          |

| <b>Code de service 501</b> |  | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE SANS REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                        |
|----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                                                             |
| 1.LD.84.XY-XX-K            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, avec patch transannulaire avec homogreffe                  |
| 1.LD.84.XY-XX-L            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, avec patch transannulaire avec xénogreffe (bioprothèse)    |
| 1.LD.84.XY-XX-N            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, avec patch transannulaire avec matériel synthétique        |
| 1.LD.84.XY-XX-Q            |  | Construction ou reconstruction, septum interventriculaire avec valvule pulmonaire avec aorte avec ventricule droit, avec patch transannulaire avec sources de tissus combinées |

**Code de service 502****CHIRURGIE CARDIAQUE AVEC REMPLACEMENT VALVULAIRE****Code d'intervention****Description**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.HS.90.LA-CF   | Excision totale avec reconstruction, valvule tricuspide, approche ouverte avec une valve mécanique (par exemple, bille logée dans une cage, disque basculant, St Jude Medical, Starr Edwards)                                                            |
| 1.HS.90.LA-XX-K | Excision totale avec reconstruction, valvule tricuspide, approche ouverte avec homogreffe (valve prélevée sur un donneur décédé)                                                                                                                         |
| 1.HS.90.LA-XX-L | Excision totale avec reconstruction, valvule tricuspide, approche ouverte avec xénogreffe (bioprothèse) (valve prélevée sur un bovin ou un porc)                                                                                                         |
| 1.HS.90.LA-XX-Q | Excision totale avec reconstruction, valvule tricuspide, approche ouverte avec plusieurs sources de tissu (par exemple, valve prélevée sur un donneur avec péricarde bovin)                                                                              |
| 1.HT.90.LA-CF   | Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire, approche ouverte avec une valve mécanique (par exemple, bille logée dans une cage, disque basculant, valves bicuspides, St Jude Medical, Starr Edwards)                                         |
| 1.HT.90.LA-XX-A | Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire, approche ouverte avec autogreffe                                                                                                                                                                |
| 1.HT.90.LA-XX-K | Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire, approche ouverte avec homogreffe (valve prélevée sur un donneur décédé)                                                                                                                         |
| 1.HT.90.LA-XX-L | Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire, approche ouverte avec xénogreffe (bioprothèse) (valve prélevée sur un bovin ou un porc)                                                                                                         |
| 1.HT.90.LA-XX-Q | Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire, approche ouverte avec plusieurs sources de tissu (par exemple, valve prélevée sur un donneur avec péricarde bovin)                                                                              |
| 1.HU.90.LA-CF   | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale approche ouverte avec valve mécanique (par exemple, bille logée dans une cage, disque basculant, St Jude Medical, Starr Edwards)                                                                    |
| 1.HU.90.LA-XX-K | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale approche ouverte avec homogreffe (valve prélevée sur un donneur décédé)                                                                                                                             |
| 1.HU.90.LA-XX-L | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale approche ouverte avec xénogreffe (valve prélevée sur un bovin ou un porc)                                                                                                                           |
| 1.HU.90.LA-XX-Q | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale approche ouverte avec plusieurs sources de tissu (par exemple, valve prélevée sur un donneur avec péricarde bovin)                                                                                  |
| 1.HU.90.PN-CF   | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils avec valve mécanique (par exemple, bille logée dans une cage, disque basculant, St Jude Medical, Starr Edwards) |
| 1.HU.90.PN-XX-K | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils avec homogreffe (valve prélevée sur un donneur décédé)                                                          |
| 1.HU.90.PN-XX-L | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils avec xénogreffe (valve prélevée sur un bovin ou un porc)                                                        |
| 1.HU.90.PN-XX-Q | Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale téléopération robotisée (la moins invasive possible) avec télémanipulation d'outils avec plusieurs sources de tissu (par exemple, valve prélevée sur un donneur avec péricarde bovin)               |
| 1.HV.90.LA-CF   | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique, utilisation d'une valve mécanique sans utilisation de tissu                                                                                                                                       |
| 1.HV.90.LA-CF-A | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique utilisation d'une valve mécanique avec autogreffe                                                                                                                                                  |

| <b>Code de service 502</b> |  | <b>CHIRURGIE CARDIAQUE AVEC REMPLACEMENT VALVULAIRE</b>                                                                                                                                 |
|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                                                                      |
| 1.HV.90.LA-CF-L            |  | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique utilisation d'une valve mécanique avec xénogreffe (bioprothèse) (valve prélevée sur un bovin ou un porcin)                        |
| 1.HV.90.LA-CF-N            |  | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique, utilisation d'une valve mécanique avec greffon synthétique                                                                       |
| 1.HV.90.LA-XX-A            |  | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique, utilisation de tissu seulement avec autogreffe                                                                                   |
| 1.HV.90.LA-XX-K            |  | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique, utilisation de tissu seulement avec homogreffe                                                                                   |
| 1.HV.90.LA-XX-L            |  | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique, utilisation de tissu seulement avec xénogreffe (bioprothèse) (valve prélevée sur un bovin ou un porcin)                          |
| 1.HV.90.LA-XX-Q            |  | Excision totale avec reconstruction, valvule aortique, utilisation de tissu seulement avec plusieurs sources de tissu (par exemple, valve prélevée sur un donneur avec péricarde bovin) |

**Code de service 503****CATHÉTÉRISME CARDIAQUE SANS TUTEUR****Code d'intervention****Description**

|                  |                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.HS.80.GP-BD    | Réparation, valvule tricuspide, utilisation d'un ballonnet approche transluminale percutanée                                                                                                          |
| 1.HT.80.GP-BD    | Réparation, valvule pulmonaire, utilisation d'un ballonnet (par exemple, valvuloplastie au ballonnet) approche transluminale percutanée                                                               |
| 1.HT.80.GP-BP    | Réparation, valvule pulmonaire, utilisation d'un dispositif de dilatation (par exemple, dilateur) approche transluminale percutanée                                                                   |
| 1.HU.80.GP-BD    | Réparation, valvule mitrale, utilisation d'un ballonnet (par exemple, valvuloplastie au ballonnet) approche transluminale percutanée                                                                  |
| 1.HU.80.GP-BP    | Réparation, valvule mitrale, utilisation d'un dispositif de dilatation (par exemple, dilateur) approche transluminale percutanée                                                                      |
| 1.HV.80.GP-BD    | Réparation, valvule aortique, utilisation d'un ballonnet (par exemple, valvuloplastie au ballonnet) approche transluminale percutanée                                                                 |
| 1.HV.80.GP-BP    | Réparation, valvule aortique, utilisation d'un dispositif de dilatation (par exemple, dilateur) approche transluminale percutanée                                                                     |
| 1.IJ.50.GQ-BD    | Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et dilateur à ballonnet                                                                                                             |
| 1.IJ.50.GQ-BF    | Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec laser et dilateur à ballonnet                                                                                                  |
| 1.IJ.50.GQ-OD    | Dilatation, artères coronaires approche transluminale percutanée par ultrasonographie thérapeutique, dilateur à ballonnet                                                                             |
| 1.IJ.57.GQ-AG    | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée sans utilisation de tissu utilisation d'un laser                                                                         |
| 1.IJ.57.GQ-AG-A  | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée autogreffe utilisation d'un laser                                                                                        |
| 1.IJ.57.GQ-AG-K  | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée homogreffe utilisation d'un laser                                                                                        |
| 1.IJ.57.GQ-AG-N  | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée matériel synthétique utilisation d'un laser                                                                              |
| 1.IJ.57.GQ-BD    | Extraction, artères coronaires approche transluminale percutanée dilateur à ballonnet coupant                                                                                                         |
| 1.IJ.57.GQ-FV    | Extraction, artères coronaires approche transluminale percutanée sans utilisation de tissu utilisation d'un dispositif d'athérectomie                                                                 |
| 1.IJ.57.GQ-FV-A  | Extraction, artères coronaires, autogreffe utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale, ablateur rotatif)                                            |
| 1.IJ.57.GQ-FV-K  | Extraction, artères coronaires approche transluminale percutanée homogreffe utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale, ablateur rotatif)           |
| 1.IJ.57.GQ-QF-VN | Extraction, artères coronaires approche transluminale percutanée matériel synthétique utilisation d'un dispositif d'athérectomie (par exemple, cathéter à extraction transluminale, ablateur rotatif) |
| 1.IJ.57.GQ-GX    | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée sans utilisation de tissu utilisation d'un dispositif NCA                                                                |
| 1.IJ.57.GQ-GX-A  | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée autogreffe utilisation d'un dispositif NCA                                                                               |

| <b>Code de service 503</b> |  | <b>CATHÉTÉRISME CARDIAQUE SANS TUTEUR</b>                                                                                         |
|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                |
| 1.IJ.57.GQ-GX-K            |  | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée homogreffe utilisation d'un dispositif NCA           |
| 1.IJ.57.GQ-GX-N            |  | Extraction, artères coronaires, approche artérielle transluminale percutanée matériel synthétique utilisation d'un dispositif NCA |
| 1.IL.35.HH-C1              |  | Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée par perfusion d'un anticoagulant                             |
| 1.IL.35.HH-T9              |  | Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée par perfusion d'un agent pharmacologique NCA                 |
| 2.IL.70.GP                 |  | Inspection, vaisseaux du coeur, approche transluminale percutanée                                                                 |

**Code de service 504****CATHÉTÉRISME CARDIAQUE AVEC TUTEUR****Code d'intervention****Description**

|                 |                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.IC.53.GQ-QL   | Implantation d'un appareil interne, aorte thoracique (descendante), ballonnet (ballon) intra aortique, approche transluminale percutanée (par exemple, par l'artère fémorale)                         |
| 1.IC.53.LA-QL   | Implantation d'un appareil interne, aorte thoracique (descendante), ballonnet (ballon) intra aortique, approche ouverte                                                                               |
| 1.ID.53.GQ-QL   | Implantation d'un appareil interne, aorte NCA, ballonnet (ballon) intra aortique, approche transluminale percutanée (par exemple, par l'artère fémorale)                                              |
| 1.ID.53.LA-QL   | Implantation d'un appareil interne, aorte NCA, ballonnet (ballon) intra aortique, approche ouverte                                                                                                    |
| 1.IJ.50.GQ-NR   | Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et endoprothèse (stent, tuteur) (endovasculaire) (insertion)                                                                        |
| 1.IJ.50.GQ-OA   | Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un) extenseur (endovasculaire)                                                          |
| 1.IJ.50.GQ-OB   | Dilatation, artères coronaires approche transluminale percutanée avec laser et (insertion) d'endoprothèse (stent, tuteur) (endovasculaire)                                                            |
| 1.IJ.50.GQ-OE   | Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée par ultrasonographie thérapeutique, dilatateur à ballonnet avec endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                         |
| 1.IJ.54.GQ-AZ   | Gestion d'un appareil interne, artères coronaires, endoprothèse (stent, tuteur) intravasculaire, approche transluminale percutanée et dispositif ultrasonique                                         |
| 1.IJ.57.GQ-OA   | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée dilatateur à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                                     |
| 1.IJ.57.GQ-OB   | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                                             |
| 1.IJ.57.GQ-OBA  | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée autogreffe utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et autogreffe                    |
| 1.IJ.57.GQ-OB-K | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée homogreffe utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                                  |
| 1.IJ.57.GQ-OB-N | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée matériel synthétique utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                        |
| 1.IJ.57.GQ-OC   | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                         |
| 1.IJ.57.GQ-OC-A | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et autogreffe           |
| 1.IJ.57.GQ-OC-K | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et homogreffe           |
| 1.IJ.57.GQ-OC-N | Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et matériel synthétique |
| 1.IJ.57.LA-OB   | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                                                              |
| 1.IJ.57.LA-OB-A | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et autogreffe                                                |

| <b>Code de service 504</b> |  | <b>CATHÉTÉRISME CARDIAQUE AVEC TUTEUR</b>                                                                                                                                            |
|----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                                                                   |
| 1.IJ.57.LA-OB-K            |  | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et homogreffe                               |
| 1.IJ.57.LA-OB-N            |  | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un laser avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et matériel synthétique                     |
| 1.IJ.57.LA-OC              |  | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire                         |
| 1.IJ.57.LA-OC-A            |  | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et autogreffe           |
| 1.IJ.57.LA-OC-K            |  | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et homogreffe           |
| 1.IJ.57.LA-OC-N            |  | Extraction, artères coronaires, approche ouverte utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse (stent, tuteur) endovasculaire et matériel synthétique |
| 1.KA.53.GQ-QL              |  | Implantation d'un appareil interne, aorte abdominale, ballonnet (ballon) intra aortique, approche transluminale percutanée (par exemple, par l'artère fémorale)                      |
| 1.KA.53.LA-QL              |  | Implantation d'un appareil interne, aorte abdominale, ballonnet (ballon) intra aortique, approche ouverte                                                                            |

| <b>Code de service 505</b> |  | <b>IMPLANTATION OU REMPLACEMENT DE STIMULATEUR CARDIAQUE</b>                                                                                                                                              |
|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                                                                                        |
| 1.HZ.53.GR-FR              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche transluminale percutanée (transveineuse) ou approche SAI stimulateur pour synchronisation (CRT P)                                                 |
| 1.HZ.53.GR-NK              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche transluminale percutanée (transveineuse) ou approche SAI stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort (modes DVI, DDD, DDDR)         |
| 1.HZ.53.GR-NL              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche transluminale percutanée (transveineuse) ou approche SAI stimulateur à rythme fixe (mode VOO)                                                     |
| 1.HZ.53.GR-NM              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche transluminale percutanée (transveineuse) ou approche SAI stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort (modes VVD, VVI, AAI, VVIR, AAIR) |
| 1.HZ.53.GR-NN              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche transluminale percutanée (transveineuse) ou approche SAI stimulateur temporaire                                                                   |
| 1.HZ.53.LA-FR              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche ouverte (thoracotomie) stimulateur cardiaque pour synchronisation (CRT P)                                                                         |
| 1.HZ.53.LA-NK              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche ouverte (thoracotomie) stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort (modes DVI, DDD, DDDR)                                           |
| 1.HZ.53.LA-NL              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche ouverte (thoracotomie) stimulateur à rythme fixe (mode VOO)                                                                                       |
| 1.HZ.53.LA-NM              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche ouverte (thoracotomie) stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort (modes VVD, VVI, AAI, VVIR, AAIR)                                   |
| 1.HZ.53.LA-NN              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche ouverte (thoracotomie) stimulateur temporaire                                                                                                     |
| 1.HZ.53.QA-NK              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche sous-xiphoïdienne ouverte stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort (modes DVI, DDD, DDDR)                                        |
| 1.HZ.53.QA-NL              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche sous-xiphoïdienne ouverte stimulateur à rythme fixe (mode VOO)                                                                                    |
| 1.HZ.53.QA-NM              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche sous-xiphoïdienne ouverte stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort (modes VVD, VVI, AAI, VVIR, AAIR)                                |
| 1.HZ.53.SY-FR              |  | Implantation d'un appareil interne, coeur NCA, approche ouverte (thoracotomie) et transluminale percutanée (transveineuse) stimulateur cardiaque pour synchronisation (CRT P)                             |
| 1.HZ.55.GP-FS              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche transluminale percutanée défibrillateur à synchronisation automatique/défibrillateur (AICD)                                                                    |
| 1.HZ.55.GP-NK              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche transluminale percutanée stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort                                                                             |
| 1.HZ.55.GP-NL              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche transluminale percutanée stimulateur cardiaque à rythme fixe                                                                                                   |
| 1.HZ.55.GP-NM              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche transluminale percutanée stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort                                                                                |
| 1.HZ.55.LA-FS              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche ouverte (par exemple, sternotomie) défibrillateur à synchronisation automatique/défibrillateur (AICD)                                                          |

| <b>Code de service 505</b> |  | <b>IMPLANTATION OU REMPLACEMENT DE STIMULATEUR CARDIAQUE</b>                                                                            |
|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Code d'intervention</b> |  | <b>Description</b>                                                                                                                      |
| 1.HZ.55.LA-KP              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche ouverte (par exemple, sternotomie) coeur artificiel                                          |
| 1.HZ.55.LA-NK              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche ouverte (par exemple, sternotomie) stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort |
| 1.HZ.55.LA-NL              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche ouverte (par exemple, sternotomie) stimulateur cardiaque à rythme fixe                       |
| 1.HZ.55.LA-NM              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, approche ouverte (par exemple, sternotomie) stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort    |
| 1.HZ.55.QA-FS              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, voie sous-xiphoïdienne ouverte défibrillateur à synchronisation automatique/défibrillateur (AICD)     |
| 1.HZ.55.QA-NK              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, voie sous-xiphoïdienne ouverte stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort              |
| 1.HZ.55.QA-NL              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, voie sous-xiphoïdienne ouverte stimulateur cardiaque à rythme fixe                                    |
| 1.HZ.55.QA-NM              |  | Retrait d'un appareil, coeur NCA, voie sous-xiphoïdienne ouverte stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort                 |

**5.1.4 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches**# Tarifs en vigueur à compter du le 1<sup>er</sup> avril 2007.

| <b>CODES<br/>DES<br/>SERVICES</b> | <b>CATÉGORIE DE SERVICE</b>                                                                                  | <b>SÉJOUR<br/>MAXIMAL<br/>(SM)</b> | <b>TARIF<br/>MONOLI-<br/>THIQUE DE<br/>BASE (\$)</b> | <b>TARIF<br/>QUOTIDIEN<br/>MAJORE ET<br/>NORMALISÉ<br/>- SEJOUR<br/>EXCÉDANT<br/>LE SM</b> |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| + 600                             | Coût 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) . . . . .                                     |                                    | 20 675,00                                            |                                                                                            |
| + 602                             | Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .                                     |                                    | 24 809,00                                            |                                                                                            |
| + 603                             | Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .                                   | 16 jours                           | 46 518,00                                            | 1 723,00                                                                                   |
| + 604                             | Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .                                   | 13 jours                           | 62 025,00                                            | 3 101,00                                                                                   |
| + 605                             | Greffe allogénique – adulte / donneur compatible appa-<br>renté au patient . . . . .                         | 25 jours                           | 107 050,00                                           | 1 838,00                                                                                   |
| + 606                             | Greffe allogénique – chez l'enfant. . . . .                                                                  | 25 jours                           | 132 549,00                                           | 3 331,00                                                                                   |
| + 607                             | Greffe allogénique / adulte / donneur compatible non<br>apparenté (DCNA). . . . .                            | 25 jours                           | 129 219,00                                           | 1 838,00                                                                                   |

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

Avant le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> avril 1998 ou après cette date) et aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantations.

## # 5.2 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'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 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 coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur 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'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 17 908,00 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 17 908,00 \$ d'acquisition d'organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organes 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.

**# 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 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 sortent de 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 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 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 de 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.

