

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

**MISE À JOUR : 23  
MAI 2010**

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

**SOMMAIRE**

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Nouvelle tarification en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010

**Page : 1**

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 032 /2010-05-19

**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 978-2-551-12542-5

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

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec** 



## 5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

## 5.1 TARIFS DES SERVICES

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

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

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

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
+ 01	Consultation externe standard (à l'exclusion des services particuliers énumérés ci-dessous) . . . . .	247,00
+ 02	Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare) . . . . .	997,00
+ 03	Hémodialyse . . . . .	472,00
+ 04	Tomographie avec ordinateur . . . . .	630,00
+ 05	Spécimens envoyés au laboratoire : prix composé incluant tous les spécimens prélevés chez un même patient et qui sont envoyés à un établissement en vue de l'exécution d'épreuves de laboratoire en l'absence du patient en question . . . . .	47,00
+ 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer . . .	1 175,00
+ 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : <b>195 \$ plus le coût réel des médicaments</b>	
+ 08	Lithotripsie pour calculs du cholédoque, par jour, incluant les services du radiologiste et les échographies. ( <i>la lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue</i> ) . . . . .	858,00
+ 09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, incluant les services du radiologiste et les échographies. . . . .	858,00
10	Annulé - Deuxième consultation externe le même jour	
+ 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste . . .	604,00
+ 12	Service de radiothérapie. . . . .	312,00
13	Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires : le prix indiqué sur la facture de l'implant spécial (facture requise) plus soit le tarif standard de la consultation externe, soit le tarif de la chirurgie d'un jour	
15	Analyses coûteuses de prélèvements de laboratoire : on doit utiliser le taux du barème des prestations médicales pour la médecine de laboratoire de la province d'accueil; lorsque ce taux ne figure pas au barème, on doit utiliser un taux négocié entre les deux provinces (Le tri génétique est exclu).	

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

**Là où les tarifs applicables ont été établis d'après une accumulation de coûts suivant la règle de facturation, une facture par patient par hôpital par jour.**

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

