

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

MISE À JOUR : 26

MAI 2012

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

- SERVICES

- Modifications d'ordre administratif

Page : [2](#)

- DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [1](#), [7](#) et [8](#)

- Modification de l'exemple du formulaire n° 2597

Page : [6](#)

- TARIFS INTERPROVINCIAUX

- Modification des tarifs

Page : [1](#)

- Modification des règles de facturation

Page : [2](#)

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 290 / 2012-03-27

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 978-2-550-48902-3

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 

2. SERVICES

2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les services couverts en vertu de l'accord sont :

- Consultation externe (à l'exception des services identifiés spécifiquement à la section 2.2);
- Chirurgie d'un jour (incluant l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque);
- Hémodialyse;
- Tomographie avec ordinateur (scanographie);
- Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont pas inclus dans aucun autre code de service;
- Visite et traitement par chimiothérapie;
- Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance;
- Lithotripsie, cholédoque, reins (incluant les honoraires du radiologiste et les échographies);
- Imagerie par résonance magnétique (comprennant les services du radiologiste);
- Services de radiothérapie;
- Stimulateurs cardiaques et implants cochléaires;
- Procédures coûteuses pour les services de laboratoire (exluant le dépistage génétique).

Dans les cas d'ultrasonographie, de mammographie, d'angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule), de médecine nucléaire *in vivo*, de tomographie avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise (composante professionnelle).

Dans le cas où un patient est hospitalisé pour des services internes et qu'il reçoit des services de consultation externe dans un autre hôpital, l'hôpital fournissant les services de consultation externe peut facturer les services fournis selon les règles et le tarif interprovincial en vigueur.

2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- # - Avortements thérapeutiques;
- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- Services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste;
Note : un service dentaire dispensé par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu.
- 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 d'indemnisation des accidents du travail, 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 du développement ou de la recherche clinique;
- Télémédecine;
- Tomographe par émission de positrons et scalpel gamma;
- Autres services exclus :
 - médicaments à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes 06 et 07 pour les services aux malades externes);
 - soins à domicile;
- 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

SERVICES EXTERNES DISPENSÉS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN TERRITOIRE (formulaire n° 2597)

3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire n° 2597* lorsque l'établissement demande le paiement de services externes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur ce formulaire permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée.

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;
- # - Remplir toutes les sections du formulaire selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- # - Signer la demande de paiement;
- 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.

Règle : Si plus d'un service est rendu au cours d'une même séance, seul le service le mieux rémunéré doit être facturé.

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.

Régie de l'assurance maladie Québec		Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE
				Numéro de contrôle externe 1
1- Établissement				
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT 2		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT 3		
ADRESSE (numéro, rue, localité) 4			PROVINCE 5	CODE POSTAL 6
2- Détails de la demande				
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES 7			NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE 8	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » 9		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES) 11		CODE DE SERVICE 17
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR 12		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/> 13		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR 14
SEXE M/F 15		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 16		TARIF DU SERVICE 22
A				
CODE DE DIAGNOSTIC 18				
CODE D'INTERVENTION 19				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE 20				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU 21				
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 ANNÉE MOIS JOUR		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR
SEXE M/F		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR		TARIF DU SERVICE
CODE DE DIAGNOSTIC				
CODE D'INTERVENTION				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU				
C				
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		NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR
SEXE M/F		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR		TARIF DU SERVICE
CODE DE DIAGNOSTIC				
CODE D'INTERVENTION				
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU				
TOTAL				23
3- 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 24				DATE ANNÉE MOIS JOUR

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**1. Numéro de contrôle externe :**

1. Ce numéro sert à retracer une demande sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement (voir section 4.2).
2. Inscrire un numéro de contrôle externe 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.

2. Code de l'établissement :

Inscrire le numéro corporatif qui vous a été attribué par la Régie (numéro à cinq chiffres).

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

3. Nom de l'établissement :

Inscrire le nom de l'établissement.

4. Adresse de l'établissement :

Inscrire l'adresse complète de l'établissement.

5. Province de l'établissement :

Inscrire la province de votre établissement (Québec).

6. Code postal de l'établissement :

Inscrire le code postal de votre établissement.

<p>Régie de l'assurance maladie Québec</p> <p>Demande de paiement Services externes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p>		
<p>Numéro de contrôle externe</p>			
1- Établissement			
CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		
ADRESSE (numéro, rue, localité)			
PROVINCE			
CODE POSTAL			
2- Détails de la demande			
CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES	NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE		
0,9	Terre-Neuve		
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	DOE JOHN		
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F
2,0,1,3 0,5 3,1		1,9,4,9 0,1 1,0	M
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
2,0,1,2 0,5 1,5			
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			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
			0,2 1150:00
B			
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	DOE JOHN		
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F
2,0,1,3 0,5 3,1		1,9,4,9 0,1 1,0	M
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
2,0,1,2 0,5 2,0			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
			0,1 270:00
C			
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	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
			TOTAL 1420:00
3- 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 R. UNTEL (LETTRES MAJUSCULES)			
Signature de la personne autorisée <i>R. Untel</i>			
DATE ANNÉE MOIS JOUR 2,0,1,2 0,5 3,1			

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**7. Code de la province de résidence ou du territoire des personnes assurées :**

Inscrire le code correspondant à la province ou au territoire qui a délivré la carte santé. Utiliser un formulaire par province et par territoire.

Alberta	02
Colombie-Britannique	01
Ile-du-Prince-Édouard	08
Manitoba	04
Nouveau-Brunswick	06
Nouvelle-Écosse	07
Nunavut	14
Ontario	05
Saskatchewan	03
Terre-Neuve et Labrador	09
Territoires du Nord-Ouest	10
Yukon	11

8. Nom de la province ou du territoire de résidence des personnes assurées :

Inscrire le nom de la province ou du territoire de résidence qui a délivré la carte santé.

9. Ligne de service :

La ligne de service correspond aux lettres A, B et C de la section 2 : *Détails de la demande*.

10. 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 trois 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.

Note : Pour les nouveaux-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer aux parents les services externes fournis.

11. Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte :

Inscrire le nom de famille ainsi que le prénom de la personne assurée **qui figurent sur la carte**.

12. Date d'expiration de la carte :

Inscrire la date d'expiration de la carte, s'il y a lieu.

13. Indicateur de nouveau-né :

Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro de la carte santé de la mère ou du père est utilisé.

14. Date de naissance de la personne assurée :

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

15. Sexe de la personne assurée :

Inscrire le sexe de la personne assurée (F = Féminin, M = Masculin).

16. Date du service :

Inscrire la date du service selon le système international (AAAA-MM-JJ).

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (suite)**17. Code de service :**

Inscrire le code correspondant au service rendu :

Consultation externe standard	01
Chirurgie d'un jour (incluant le traitement d'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque).	02
Hémodialyse	03
Tomographie avec ordinateur	04
Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service.	05
Visite et traitement par chimiothérapie	06
Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	07
Lithotripsie pour les calculs du cholédoque	08
Lithotripsie pour calculs renaux	09
Imagerie par résonance magnétique	11
Service de radiothérapie	12
Stimulateurs cardiaques / implants cochléaires	13
Procédures coûteuses pour les services de laboratoire	15

18. Code de diagnostic :

Inscrire obligatoirement le code de diagnostic selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) principal lorsque le service est rendu en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes de diagnostic.

19. Code d'intervention :

Inscrire obligatoirement le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) en chirurgie d'un jour. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes d'intervention.

20. Attribut d'intervention :

Inscrire les informations précisant le code d'intervention si celui-ci prévoit un attribut.

21. Renseignements complémentaires :

Inscrire tout renseignement important pouvant aider au traitement de votre demande.

22. Tarif du service :

Inscrire le tarif du service conformément à l'accord interprovincial de tarification des services externes (voir la section 5. *Tarifs interprovinciaux*).

23. Coût total des services :

Inscrire le coût total de tous les services (faire la somme des montants inscrits dans la colonne *TARIF DU SERVICE* de la demande de paiement).

24. Attestation de l'établissement :

Chaque formulaire doit être signé par une personne autorisée par l'établissement. La signature doit être manuscrite.

3.3 EXPÉDITION

La première copie du formulaire doit être expédiée à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

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 avec ordinateur, de service d'analyse en laboratoire, d'imagerie par résonance magnétique et de radio-oncologie, **les tarifs couvrent également l'interprétation diagnostique requise** (composante professionnelle).

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2012.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
+ 01	Consultation externe standard – (comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux et exclut des services faisant partie d'autres codes de service). (voir la note n ^o 3)	270,00
+ 02	Chirurgie d'un jour – Comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare et le cathétérisme cardiaque (tant le côté technique de l'imagerie diagnostique que le volet soins infirmiers et soins intensifs de cette intervention). (voir la note n ^o 4).	1 150,00
+ 03	Hémodialyse	461,00
+ 04	Tomographie avec ordinateur	675,00
+ 05	Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont inclus dans aucun autre code de service. Comprend la radiographie générale, la mammographie, les procédures de laboratoire en consultation externe et les prélèvements en laboratoire, sauf ceux qui font partie du code pour les procédures coûteuses de laboratoire en consultation externe (code de service 15). (voir la note n ^o 5)	135,00
+ 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer.	1 266,00
+ 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 210 \$ plus le coût réel des médicaments.	
+ 08	Lithotripsie pour calculs du cholédoque, par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies (<i>la lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue</i>)	624,00
+ 09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies.	624,00
+ 10	Annulé – Deuxième consultation externe le même jour	
+ 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste	666,00
+ 12	Service de radiothérapie.	337,00
+ 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	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire de plus de 135 \$ qui ne sont pas inclus sous un autre code de service. On doit utiliser le tarif prévu dans le barème des prestations pour la médecine de laboratoire de la province concernée. Lorsque le tarif ne figure pas au barème, on doit utiliser un tarif négocié entre les provinces (le dépistage génétique est exclu).	

Depuis le 1^{er} 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.

+ 5.2 RÈGLES POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES**Notes :**

1. 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.
2. Il convient de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.
3. Un patient externe est une personne qui a été officiellement inscrite par un hôpital et qui reçoit au minimum un service de santé sans être admise à titre de patient hospitalisé et dont les renseignements personnels ont été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et à qui un seul identifiant a été assigné pour consigner les services ou en assurer le suivi.

Le nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux comprend les services suivants :

- Médecine nucléaire – images diagnostiques et traitements utilisant des produits radiopharmaceutiques. Comprend la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Exclut les scintigraphies en médecine nucléaire superposées sur des images provenant de modalités comme la tomographie par ordinateur (TO) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), p. ex. TEPU/TO et TEP/TO, qui ont leurs propres codes de service.
 - Radioscopie – technique d'imagerie permettant d'obtenir en temps réel des images en mouvement d'un patient au moyen d'un fluoroscope, conçu pour capter le rayonnement ionisant externe sur un écran fluorescent.
 - Échographie – la production d'un enregistrement visuel des tissus organiques grâce à des ondes sonores à haute fréquence.
 - Études angiographiques et interventionnelles – l'utilisation de l'énergie de rayonnement dégagée par l'équipement à rayons X pendant les études angiographiques et interventionnelles. Ces techniques de radiographie utilisent des méthodes à effraction minimale et le guidage d'imagerie pour procéder à des études qui remplacent les interventions chirurgicales traditionnelles comme l'artériographie diagnostique, les interventions vasculaires rénales et périphériques, la visualisation biliaire, les interventions d'accès veineux et l'embolisation.
4. Un patient en chirurgie d'un jour est une personne inscrite au préalable afin de recevoir des services offerts par un centre fonctionnel qui dispose de l'équipement et du personnel nécessaires pour offrir des chirurgies d'un jour (p. ex. une salle d'opération, une salle d'endoscopie, un laboratoire de cathétérisme).
 5. Pour ce qui est des prélèvements en laboratoire, il s'agit d'un tarif moyen pour tous les prélèvements envoyés à un établissement pour un patient donné en vue de l'exécution d'analyse en laboratoire en l'absence du patient en question.

La radiologie générale se rapporte à l'utilisation d'énergie de rayonnement dégagée par de l'équipement à rayons X à des fins de diagnostic général. La mammographie consiste à prendre une radiographie du tissu mammaire à des fins de dépistage ou de diagnostic.