

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

**MISE À JOUR : 24  
MAI 2011**

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

**SOMMAIRE**

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Nouvelle tarification en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011

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

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 286 /2011-03-31

**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**.

# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011.

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 services) (voir la note n <sup>o</sup> 4) . . . . .	260,00
+ 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 <sup>o</sup> 4) . . . . .	1 107,00
+ 03	Hémodialyse . . . . .	444,00
+ 04	Tomographie avec ordinateur . . . . .	650,00
+ 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 015) (voir la note n <sup>o</sup> 5) . . . . .	130,00
+ 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer . . . . .	1 218,00
+ 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : <b>202 \$ plus le coût réel des médicaments</b>	
+ 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> ) . . . . .	601,00
+ 09	Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services du radiologiste et les échographies. . . . .	601,00
10	Annulé – Deuxième consultation externe le même jour	
+ 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste . . . . .	641,00
+ 12	Service de radiothérapie. . . . .	324,00
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 <b>plus de 130 \$</b> 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<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.

**+ 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 superposés 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.