

**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ**

SERVICES HOSPITALIERS EXTERNES

MISE À JOUR : 32

AVRIL 2016

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages.

- TARIFS INTERPROVINCIAUX

- Modifications tarifaires et d'ordre administratif
- Ajout de la règle 10 pour la facturation des services

Pages : [1](#) à 4

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre 003 du 2016-04-01.

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modification ou ajout de contenu administratif
 - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
 - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
 - T : Modification du tarif
 - S : Suppression de contenu administratif ou officiel

- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-48900-9

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

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.

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2016

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
T 01	Consultation externe standard – Comprend un nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux. Exclut les services faisant partie d'autres codes de service (voir la note n ^o 7)	335,00
+ 02	Chirurgie d'un jour – Comprend les interventions coûteuses que sont l'oxygénothérapie hyperbare, l'endoscopie par capsule 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 8)	1 290,00
T 03	Hémodialyse	462,00
T 04	Tomographie avec ordinateur	732,00
T 05	Procédures de laboratoire en consultation externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui n'est 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 9)	168,00
T 06	Visite et traitement par chimiothérapie à l'usage exclusif de patients atteints de cancer.	1 412,00
T 07	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 234 \$ plus le coût réel des médicaments.	
T 08	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOC). La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.	1 304,00
S		
T 11	Imagerie par résonance magnétique, par jour, comprenant les services du radiologiste	698,00
T 12	Service de radiothérapie.	405,00
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. Voir la note n ^o 10.	
T 15	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire de plus de 168 \$ qui ne sont pas inclus dans 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).	

+ Il est possible de facturer un service hospitalier codé 01 à 15 le jour même de l'admission du patient à l'hôpital ou de son congé dans les situations suivantes :

- Si le patient reçoit des services en consultation externe avant son admission;
- Si le patient reçoit des services en consultation externe après avoir obtenu son congé.

Il est possible de facturer un service de consultation externe lorsque le patient est hospitalisé dans un hôpital et reçoit des services en consultation externe d'un autre hôpital pour ensuite retourner à l'hôpital où il est hospitalisé : l'hôpital qui offre le service en consultation externe peut le facturer.

5.2 RÈGLES POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATION EXTERNE

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. Tous les tarifs sont des coûts moyens qui englobent les interventions non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires.
3. Lorsque deux services ou plus de consultation externe (codes de service 01 à 15) sont fournis le même jour dans le même hôpital (peu importe si le patient a eu son congé et a été admis à nouveau dans le même hôpital le même jour), un seul service de consultation externe peut être facturé par l'hôpital (c.-à-d. l'activité ayant le taux le plus élevé).
4. Des frais de consultation externe peuvent être facturés le même jour que la date d'admission ou de congé d'un patient hospitalisé dans le même hôpital, à condition que le patient ne soit pas enregistré en tant que patient admis à l'hôpital au moment où les services ont été rendus.
5. Si une personne reçoit un service de consultation externe alors qu'elle est hospitalisée, l'hôpital ne peut pas facturer le service de consultation externe. Dans ce cas, les coûts des services sont inclus dans les tarifs journaliers d'hospitalisation.
6. Si un patient externe est inscrit à un hôpital et qu'il quitte avant de voir un médecin ou de recevoir un traitement, le code 01 peut être utilisé pour la facturation.
7. Un malade externe est une personne qui a été officiellement acceptée par un hôpital et qui reçoit au minimum un service de santé sans être admise à titre de malade hospitalisé. Également, ses renseignements personnels ont été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et un seul identificateur 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, incluant la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Sont exclues 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, 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.

8. 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).
9. 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'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.

- + 10. Stimulateurs cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)/implants cochléaires/endoprothèses/spirales endovasculaires :

+ Stimulateurs cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)

Il s'agit de dispositifs cardiaques, à l'exclusion des stimulateurs temporaires et des cœurs artificiels.

Codes CCI :

Approche transluminale percutanée [veineuse] ou approche SAI :

- 1.HZ.53.GR-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NL stimulateur à rythme fixe
- 1.HZ.53.GR-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.GR-FR stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.GR-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche percutanée (tunnel souscutané) :

- 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur

Approche ouverte [thoracotomie] :

- 1.HZ.53.LA-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NL stimulateur à rythme fixe
- 1.HZ.53.LA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.LA-FR stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.LA-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche ouverte sousxiphoidienne :

- 1.HZ.53.QA-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NL stimulateur à rythme fixe

Approche combinée, ouverte [thoracotomie] et transluminale percutanée [veineuse] :

- 1.HZ.53.SY-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.SY-FR stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Implants cochléaires

Codes CCI :

- 1.DM.53.LA-LK implantation d'un appareil interne, cochlée, implant cochléaire à un seul canal
- 1.DM.53.LA-LL implantation d'un appareil interne, cochlée, implant cochléaire à plusieurs canaux

Cette catégorie ne comprend pas le repositionnement d'un implant existant, précédemment posé (1.DM.54.^.).

Façon de facturer les services de laboratoire :

Scénarios	Coût = ou < 168 \$	Coût > 168 \$
Échantillons envoyés d'ailleurs	Code 05	Code 15
Patient qui se présente au laboratoire d'établissement avec une référence de l'extérieur de l'hôpital	Code 05	Code 15
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire le même jour	Code 01	Code 01 si le coût du service de laboratoire est de 335 \$ ou moins Code 15 si le coût du service de laboratoire est de plus de 335 \$ On ne peut facturer qu'à un seul code de service (voir règle n° 3)
Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe et qui se présente au laboratoire un jour différent	Code 01 pour visite à l'urgence et code 05 pour laboratoire	Code 01 pour visite à l'urgence et code 15 pour laboratoire