



**HOSPITAL INSURANCE SERVICES ACT**

**LOI SUR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION**

**CHARGES FOR OUT-PATIENT  
PROCEDURES REGULATION**

---

**RÈGLEMENT SUR LA FACTURATION DES  
SOINS DISPENSÉS EN CONSULTATION  
EXTERNE**

---

**O.I.C. 2006/200**

**DÉCRET 2006/200**

Effective Date:

**November 27, 2006**

Date d'entrée en vigueur :

**27 novembre 2006**

**O.I.C. 2006/200**  
**HOSPITAL INSURANCE SERVICES ACT**

**CHARGES FOR OUT-PATIENT  
PROCEDURES REGULATION**

Pursuant to section 9 of the *Hospital Insurance Services Act*, the Commissioner in Executive Council orders as follows

- 1.** The annexed *Charges for Out-Patient Procedures Regulation* is hereby made.
- 2.** The rates established by the annexed *Charges for Out-Patient Procedures Regulation* may be paid only for services performed on or after April 1, 2006.
- 3.** Order-in-Council 2005/214 is revoked.

Dated at Whitehorse, Yukon, this 27 November 2006.

**DÉCRET 2006/200**  
**LOI SUR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION**

**RÈGLEMENT SUR LA FACTURATION DES  
SOINS DISPENSÉS EN CONSULTATION  
EXTERNE**

Le commissaire en conseil exécutif, conformément à l'article 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, décrète :

- 1.** Est établi le *Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe* paraissant en annexe.
- 2.** Les frais établis par le *Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe* ne s'appliquent qu'aux soins dispensés à partir du 1er avril 2006.
- 3.** Le Décret 2005/214 est abrogé.

Fait à Whitehorse, au Yukon, le 27 novembre 2006.

---

*Commissioner of Yukon/Commissaire du Yukon*





## CHARGES FOR OUT-PATIENT PROCEDURES REGULATION

1.(1) In this Regulation, the following are insured out-patient services

- (a) the original treatment of an accident or injury;
- (b) out-patient diagnostic procedures (clinical, laboratory, or X-ray) ordered by a physician for the investigation of a current injury or illness; and
- (c) procedures, the performance of which require the use of the unique facilities of a hospital or out-patient department, and which are not feasible in a doctor's office.

(2) Treatment and diagnostic services and procedures that could be carried out through a routine physician's office visit are not insured out-patient services.

(3) Billing for standard out-patient services should be submitted on Yukon Hospital Insurance Service Out-Patient Services Forms.

2. The charges payable by the Yukon Hospital Insurance Administrator for insured out-patient procedures performed on persons who are residents of Canada are set out in the annexed Schedule.

3. A charge set out in the annexed Schedule shall be a charge per visit and constitutes payment for all procedures, other than day care surgery and renal dialysis, regardless of the number of procedures performed during the visit.

## RÈGLEMENT SUR LA FACTURATION DES SOINS DISPENSÉS EN CONSULTATION EXTERNE

1.(1) Pour l'application du présent règlement, les soins suivants sont des services en consultation externe assurés :

- a) traitement initial d'un traumatisme ou d'une blessure;
- b) épreuves diagnostiques en consultation externe (examens cliniques, épreuves de laboratoire, radiographies) prescrites par un médecin dans le cadre de l'examen d'une blessure ou d'une maladie;
- c) soins nécessitant l'emploi des installations d'un hôpital ou d'une clinique de consultation externe que le médecin ne peut prodiguer dans son cabinet.

(2) Ne sont pas assurés les soins, les traitements et les services de diagnostic qui peuvent être offerts par le médecin à son cabinet.

(3) Les demandes de règlement relatives aux services habituels de consultation externe devraient être soumises au moyen des formulaires de l'assurance-hospitalisation du Yukon pour ces services.

2. Les frais remboursables par l'administrateur de l'assurance-hospitalisation du Yukon pour les services de consultation externe offerts aux résidents du Canada sont énumérés à l'annexe.

3. Les frais établis à l'annexe s'appliquent à chaque visite et représentent le paiement pour l'ensemble des services, sauf pour la chirurgie de jour et la dialyse, peu importe la quantité de services dispensés lors du passage à l'hôpital.



4. All charges are composite charges that include non-invasive procedures and necessary diagnostic interpretations.

4. Tous les frais sont des frais d'ensemble qui comprennent les traitements non invasifs ainsi que les interprétations nécessaires suite à un diagnostic.



**SCHEDULE**

**ANNEXE**

**Schedule**

**Charges for Insured Out-Patient Procedures**

<b>Code and Procedure</b>	<b>Charge (\$)</b>
01 - Standard out-patient visit (excluding the specific services listed below for which other service codes apply)	164
02 - Day care surgery (including hyperbaric oxygen therapy)	660
03 - Hemodialysis	354
04 - Computerized axial tomography	322
05 - Referred-in laboratory specimens: composite fee for all specimens in relation to one patient referred to an institution for laboratory tests where the patient concerned is not present	39
06 - Cancer chemotherapy visit and treatment: administer chemotherapy to a cancer patient only	754
07 - Cyclosporine/ Tacrolimus/ AZT/ Activase/ Erythropoietin/ Growth Hormone therapy visit	164 plus the actual drug cost
08 - Lithotripsy for common bile duct stones per day, including radiologist services and ultrasound procedures - lithotripsy for stones within the gall-bladder is excluded	817
09 - Lithotripsy for kidney stones per kidney per day, including radiologist services and ultrasound procedures	817
10 - Magnetic resonance imaging per day, including radiologist services	735
11 - Radiotherapy services	258
12 - Pacemaker replacement	The invoiced price of the device (invoice required) in addition to the rate applicable to either the standard out-patient visit or day care surgery
13 - High cost referred-in laboratory specimens - genetic screening is exclude	The rate provided in the host province or territory's schedule of benefits for laboratory medicine applies or, in the absence of a scheduled rate, an amount that is negotiated between the provincial and territorial plans



### Annexe

#### Tarifs pour la facturation des services externes fournis à un bénéficiaire

Code et traitement	Tarif (en dollars)
01 - Consultation externe standard (à l'exclusion des services particuliers énumérés ci-dessous pour lesquels d'autres codes de services s'appliquent)	164
02 - Chirurgie d'un jour (comprenant l'oxygénothérapie hyperbare)	660
03 - Hémodialyse	354
04 - Tomodensitométrie	322
05 - Prélèvements en laboratoire : le tarif moyen pour tous les échantillons et prélèvements envoyés à un établissement pour un patient donné en vue de l'exécution d'épreuves de laboratoire en l'absence du patient en question	39
06 - Chimiothérapie anticancéreuse : l'administration d'un traitement à un patient souffrant du cancer seulement	754
07 - Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance	164 en plus du coût réel des médicaments.
08 - Lithotripte pour calculs du cholédoque par jour, comprenant les services de radiologie et les échographies (La lithotripsie pour lithiases vésiculaires est exclue.)	817
09 - Lithotripsie pour calculs rénaux, par rein par jour, comprenant les services de radiologie et les échographies	817
10 - Imagerie par résonance magnétique par jour, comprenant les services de radiologie	735
11 - Service de radiothérapie	258
12 - Remplacement d'un stimulateur cardiaque	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.
13 - Analyses coûteuses de prélèvements de laboratoire, à l'exception du tri génétique	On doit utiliser le taux du barème des prestations médicales pour la médecine de laboratoire de la province ou du territoire d'accueil; lorsque ce taux ne figure pas au barème, on doit utiliser un taux négocié entre la province et le territoire.

