

FACTURATION POUR SERVICES RENDUS EN CONSULTATION EXTERNE - MISSION CLSC

N° Politique : **POL-002**

Responsable de l'application : Direction des services de santé
multidisciplinaires et Direction des ressources financières

N° Procédure découlant : **s.o.**

Approuvée par : **Comité de
direction**

Date d'approbation : **2025-06-17** Date de révision : **2029-06-17**

Destinataires : Toutes les personnes impliquées dans le processus de la facturation pour services rendus en consultation externe dans les CLSC.

1. CONTEXTE

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) assure l'universalité et la gratuité des services dispensés à la clientèle du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL).

La *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29) oblige la vérification de l'admissibilité aux services pour les services médicaux assurés. Seules les personnes détentrices d'une carte d'assurance maladie valide peuvent recevoir les services assurés sans avoir à défrayer pour ces services.

Pour les personnes non admissibles à la gratuité des services, les règlements du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ceux de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) établissent les services médicaux non assurés et les tarifs de facturation pour les services lorsque prescrits.

2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse à toutes les personnes impliquées dans le processus de la facturation pour services rendus en consultation externe dans les centres locaux de services communautaires (CLSC).

3. OBJECTIFS

La présente politique vise à définir les conditions d'accessibilité aux services de santé et services sociaux ainsi que les modalités de facturation pour les services rendus, lorsqu'applicables. Elle vise aussi à spécifier les responsabilités du CIUSSS-EMTL concernant l'exigibilité de la carte d'assurance maladie et à définir les modalités d'application de la facturation des services pour les usagers qui ne répondent pas aux critères d'éligibilité des services.

4. DÉFINITIONS

4.1. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Entité responsable, entre autres, de délivrer les cartes d'assurance maladie du Québec afin que les usagers puissent bénéficier de la gratuité des services couverts.

4.2. Usager assuré (services couverts par la RAMQ)

- Une personne qui réside ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la RAMQ et qui est détentrice d'une carte d'assurance maladie valide ;
- Un usager venant d'un autre pays et qui réside au Québec – un immigrant – sans carte d'assurance maladie du Québec, mais qui est détenteur du document officiel du service d'admissibilité aux programmes de la RAMQ.

4.3. Usager non assuré (services facturés à l'utilisateur non assuré)

- Un usager non inscrit à la RAMQ ou non-détenteur d'une carte d'assurance maladie valide ;
- Un usager assuré (inscrit à la RAMQ) qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie et dont on ne connaît pas le numéro ou la date d'expiration (non disponible au dossier) ;
- Un usager détenant une carte expirée ;
- Un résident d'une autre province qui ne peut faire la preuve de son admissibilité au régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de sa province ;
- Un usager non domicilié au Canada – un non-résident (touriste, visiteurs, personne de passage) ;
- Un usager venant d'un autre pays et qui réside au Québec – un immigrant – sans carte d'assurance maladie du Québec et non-détenteur du document officiel du service d'admissibilité aux programmes de la RAMQ.

4.4. Services couverts (non facturables à l'utilisateur assuré)

Les services, médicaments, appareils ou autres équipements supplantant à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication, visés dans l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29).

4.5. Services non couverts (facturables à l'utilisateur assuré)

Aux fins de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), les services non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie ne sont pas considérés comme des services assurés.

4.6. Délai de carence

Les personnes soumises à un délai de carence de trois mois avant d'être admissibles au régime d'assurance maladie du Québec doivent payer les services de santé qu'elles reçoivent durant cette période ou se procurer une assurance privée. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a toutefois instauré une mesure d'exception qui prévoit que les personnes soumises au délai de carence peuvent bénéficier des services assurés par le régime lors de situations particulières. Voir la section 5.3.1.

4.7. Tiers payeurs

Entité responsable de payer les frais de santé pour un type d'utilisateur. Voici les différents tiers payeurs avec le type d'utilisateur dont ils sont responsables :

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Entité responsable de payer pour les soins prodigués à une personne victime d'un accident de travail;
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Entité responsable de payer pour les soins prodigués à une personne avec une carte d'assurance maladie valide d'une autre province canadienne;
- Croix Bleue Médavie. Entité responsable de payer pour les soins prodigués à une personne admissible au programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) ainsi que les membres des forces armées canadiennes et les anciens combattants du Canada;
- Service correctionnel Canada. Entité responsable de payer pour les soins prodigués aux détenus fédéraux.

5. ÉNONCÉ

5.1. Services

Le CIUSSS-EMTL, à titre d'établissement public du réseau de la santé et des services sociaux, offre, selon ses divers programmes, des services gratuits à sa clientèle, et ce, conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) et *La loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29).

5.2. Carte d'assurance maladie

Tout usager assuré requérant un service doit présenter sa carte d'assurance maladie valide lors de l'ouverture de son dossier et lors de toute visite pour des services médicaux assurés.

L'utilisateur non assuré ou l'utilisateur assuré qui ne possède pas de carte valide d'assurance maladie sera facturé, ou le tiers payeur dépendant des cas, selon les tarifs fixés par les règlements du MSSS.

5.3. Exceptions

L'utilisateur assuré qui ne peut présenter sa carte d'assurance maladie, mais dont la date d'expiration inscrite au dossier est postérieure à la date du service médical requis peut recevoir des services gratuits. Par contre, si cette information n'est pas disponible, la personne doit payer les frais des services requis et l'utilisateur peut être remboursé sur présentation d'une carte valide dans les 60 jours suivants le service rendu. Il saura alors présumer qu'une carte d'assurance maladie non expirée était valide au moment où les services ont été rendus.

L'utilisateur assuré qui présente une carte d'assurance maladie expirée devra payer les frais des services rendus. Il pourra obtenir un remboursement du CIUSSS-EMTL en présentant sa carte valide et son reçu dans les 60 jours suivant le service rendu. Il sera présumé qu'une carte d'assurance maladie non expirée était valide au moment où les services ont été rendus. Par contre, l'utilisateur pourra communiquer avec la RAMQ et celle-ci pourrait lui faire parvenir, par télécopieur, une attestation temporaire.

5.3.1. Certains usagers, même s'ils ne détiennent ou ne peuvent présenter de carte, recevront des services gratuits. Il s'agit des cas ou circonstances suivants :

- L'enfant est âgé de moins d'un an ;
- La personne est dans un état requérant des soins urgents, selon l'opinion du personnel clinique présent ;
- Une personne soumise au délai de carence lorsque les services sont rendus en regard d'une des situations suivantes :
 - Personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle ;
 - Personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse ;
 - Personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique. Cela inclut toute personne soumise à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions de même que toute personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients ;
 - En l'absence de carte d'assurance maladie, pour bénéficier de la gratuité des services, la personne présentant une des situations particulières décrites plus haut doit présenter une lettre de la Régie confirmant la date à compter de laquelle elle sera admissible au régime ainsi que la période durant laquelle elle est soumise à un délai de carence ;
 - Cette lettre doit comporter le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne ET la date de début du délai de carence. Ces renseignements figurent respectivement au-dessus de la section OBJET de la lettre et dans son paragraphe Délai de carence telle qu'illustrée dans l'extrait de lettre type (annexe 1) ;
- Services rendus à un usager décédé (ex. : constatation de décès) ;
- Certains services médico-administratifs pour le compte de la CNESST et rendus alors que la présence de l'utilisateur n'est pas requise ;
- Examens visés à l'alinéa f) de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29, r.5) :
 - Examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001)
 - Examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels ;
 - Examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (RLRQ, chapitre C-81)
 - Examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (RLRQ, chapitre R-9) ;
 - Examen exigé en vertu de Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (RLRQ, chapitre A-13.1.1) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 31 de cette loi ;

- Examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1).

5.3.2. Tout usager hospitalisé ou externe ne résidant pas au Canada se voit facturer une surcharge de 200 % sur les tarifs des services rendus en consultation externe. La surcharge inclut, entre autres, les coûts de la composante immobilière non compris dans les tarifs des services rendus en consultation externe (03.01.42.07).

5.3.3. La surcharge s'applique à un non-Canadien, à un citoyen canadien qui a perdu la qualité de résident du Québec ainsi qu'à un citoyen canadien résident d'une autre province ou territoire canadien qui ne peut démontrer qu'il est assuré par le régime d'assurance hospitalisation de sa province ou territoire de résidence. Elle s'applique également à une personne en délai de carence (03.01.42.19). La surcharge ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Personnel diplomatique et consulaire:
- Les ressortissants étrangers et les membres de leur famille vivant sous leur toit, en poste au Québec dans une mission diplomatique, un poste consulaire, une délégation permanente ou une organisation internationale, sont exemptés de la surcharge. Ils doivent présenter une carte d'identité émise à leur nom par le ministère des Affaires étrangères du Canada. Ils ne déboursent que le tarif de base (prix de journée ou tarifs pour services externes). Ces personnes n'ont aucuns frais à déboursier si elles participent au programme de ressortissants étrangers à prime, en vertu duquel elles détiennent une carte d'assurance maladie de la RAMQ.
- Demandeur du statut de réfugié :
- Les services dispensés aux revendicateurs du statut de réfugié sont facturés au gouvernement fédéral (par la Croix Bleue – Médavie pour le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)) selon le tarif de base lorsqu'ils prouvent leur admissibilité au PFSI en déposant le formulaire d'avis de revendication du statut de réfugié et que la période d'admissibilité n'est pas expirée. Ces personnes font donc l'objet d'une exemption à la surcharge. Les personnes revendicatrices du statut de réfugié qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité au PFSI doivent être facturées comme résidents étrangers. Lorsque le PFSI ne rembourse pas le tarif de base provincial, mais rembourse les tarifs standardisés du programme, la différence de tarif ne doit pas être facturée au patient.

5.4. Il n'y a pas de frais dans les cas suivants :

5.4.1. Entente de réciprocité

Certains ressortissants étrangers sont admissibles en vertu des ententes de réciprocité en matière de sécurité sociale entre le Québec et certains pays. Par ces ententes, ils ont droit gratuitement aux services dispensés par le réseau de la santé et des services sociaux. Ils détiennent une carte d'assurance maladie ou sont en attente de la recevoir (circulaire 01.01.10.01).

Ces ententes ont pour effet d'étendre à certains ressortissants de ces pays les bénéfices de certaines lois québécoises à caractère social, permettant ainsi aux Québécois de profiter des mêmes avantages dans ces pays.

Ces mêmes ententes concernent particulièrement certains travailleurs qui viennent au Québec y occuper un emploi, les étudiants inscrits à temps plein dans une institution d'enseignement collégial ou universitaire reconnue (pour la Suède, cela concerne tous les niveaux d'enseignement), ainsi que les participants aux échanges de coopération entre la France et le Québec. Les personnes à charge qui accompagnent les personnes admissibles sont également visées par ces ententes de réciprocité. Dès leur arrivée au Québec, ces personnes doivent s'inscrire auprès de la RAMQ en présentant les documents requis afin d'obtenir leur carte d'assurance maladie.

Les personnes admissibles en vertu de ces ententes deviennent assurées et ont droit, sans frais directs pour eux ou leurs dépendants, aux services fournis en vertu des législations québécoises suivantes : Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28) et Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29).

Les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ont droit à toutes les prestations prévues par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (RLRQ, chapitre A-3.001), administrées par la CNESST, y compris les services de santé. Des ententes de réciprocité, spécifiques aux accidents du travail, existent également avec l'Italie et la Grèce.

Il peut arriver qu'une personne se présente dans un établissement et se déclare visée par l'une ou l'autre de ces ententes, sans toutefois avoir sa carte d'assurance maladie. En ce cas, la personne ou l'établissement doit communiquer avec la RAMQ.

5.4.2. Enfants nés au Québec

- Les enfants nés au Québec, dont les deux parents ou un des deux parents ont une carte d'assurance maladie valide;
- Les enfants nés au Québec, dont aucun des parents n'a accès au régime d'assurance maladie de la RAMQ, sont présumés admissibles auprès de la RAMQ vu leur statut de citoyen canadien.

À partir du moment où la RAMQ reçoit les informations du *Directeur de l'état civil* en ce qui a trait à la naissance de l'enfant, une lettre est envoyée aux parents leur demandant de fournir une preuve de l'intention de demeurer au Québec avec l'enfant pour au moins 6 mois, dans l'année suivant son inscription.

Conjointement, la RAMQ délivre aux parents une attestation d'inscription temporaire (il peut s'écouler de 4 à 6 semaines avant de la recevoir) au nom de l'enfant d'une durée de 45 jours qui va permettre à l'enfant d'obtenir des soins de santé gratuits le temps de recevoir sa carte d'assurance maladie le cas échéant. Lorsque cette attestation temporaire est présentée, aucun service ne doit être facturé.

IMPORTANT : Après la date de fin inscrite sur l'attestation temporaire et l'absence d'une carte d'assurance maladie, la présomption d'admissibilité se termine. Ainsi tout service assuré rendu doit être facturé à l'usager.

- 5.4.3.** En vertu de l'entente type entre le MSSS et la CNESST, sont payables par la CNESST les soins et les traitements dispensés par le CIUSSS-EMTL et prescrits par le médecin qui a charge du travailleur ainsi que ceux fournis par une personne qualifiée œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et agissant sous la responsabilité du CIUSSS-EMTL. L'établissement doit présenter sa réclamation à la CNESST au plus tard dans 180 jours suivant la dispensation des soins ou des traitements, sauf les cas où surviendraient un renversement d'une décision de refus de réclamation ou l'acceptation d'une réclamation hors délai (03.01.42.06).
- 5.4.4.** Le montant payable par la CNESST à l'établissement ainsi que les conditions d'admissibilité sont indiqués dans la circulaire 03.01.42.06.
- 5.4.5.** En vertu des ententes interprovinciales en assurance santé dont l'administration pour le Québec est confiée à la RAMQ (03.01.42.11), celle-ci rembourse à l'établissement les coûts des services externes rendus à des personnes assurées des autres provinces ou des territoires, selon les tarifs interprovinciaux (03.01.42.17) :
- 5.4.6.** Cet accord vise tous les résidents canadiens d'une autre province ou d'un autre territoire qui reçoivent des services externes dans un établissement de santé du Québec et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie ;
- 5.4.7.** La carte santé de la province ou du territoire de résidence de la personne constitue cette preuve. Il faut s'assurer que la carte santé présentée n'est pas expirée, si une date d'expiration y paraît ;
- 5.4.8.** Les personnes non domiciliées au Canada et les résidents canadiens d'une autre province ou d'un territoire qui reçoivent des services externes et qui ne présentent pas de carte santé valide ou qui ne peuvent pas faire la preuve de leur admissibilité à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie doivent payer les frais des services externes avec la surcharge de 200% ;
- 5.4.9.** Les services couverts en vertu de l'accord et les tarifs interprovinciaux des services externes sont détaillés à la circulaire 03.01.42.17 de la procédure de tarification et facturation des services non assurés ;
- 5.4.10.** Les services exclus de l'accord sont listés à l'annexe 2 ainsi qu'à la Circulaire 03.01.42.11 ;
- 5.4.11.** Les tarifs incluent les honoraires professionnels reliés à l'interprétation des examens ;
- 5.4.12.** La demande de paiement doit être effectuée au plus tard 10 mois après la date des services rendus. À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de

réclamer les coûts des services auprès de la RAMQ ni à l'utilisateur ni de recourir à une agence de recouvrement. Il est recommandé de faire parvenir ses demandes de paiement à la Régie une fois par mois.

- 5.5.** Les tarifs sont exemptés de taxes et sont déterminés par le MSSS sur la base des dépenses déclarées par les CISSS ou CIUSSS à leurs états financiers. Ils incluent les dépenses reliées aux activités opérationnelles (le coût direct) et aux activités de soutien (les coûts indirects). Certains ajustements sont effectués afin de tenir compte de dépenses non assumées par les établissements.

Enfin, les tarifs excluent la composante médicament déclarée au centre d'activités 6800 « Pharmacie ». Les médicaments doivent être facturés à leur coût réel.

- 5.6.** Certains services ne sont pas assurés par la RAMQ. La Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) n'assure pas certains services tels les examens non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie (exemple : examens pour fins d'émission d'une police d'assurance, d'un permis de conduire, pour obtenir un emploi, pour fins de passeport, de visa, etc.). En conséquence, l'utilisateur doit être facturé pour l'obtention de tels services. Les tarifs doivent être connus et affichés dans chacun des sites où ils sont dispensés.

- 5.6.1.** Le règlement des services facturés aux usagers doit se faire de l'une ou l'autre des manières suivantes par ordre de préférence :

- * Par carte de débit ou crédit, ou;
- * En argent comptant.

Le CIUSSS-EMTL fera un effort raisonnable pour percevoir les sommes dues par les usagers. Le CIUSSS-EMTL pourrait recourir à son service juridique ou à une agence de recouvrement externe pour percevoir les sommes dues qu'il a été incapable de récupérer.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Direction des services de santé multidisciplinaires (DSSM)

Elle est responsable de :

- La diffusion de la présente politique;
- L'application de la politique;
- La vérification de la carte d'assurance maladie ou attestation valide de la RAMQ;
- La confirmation des tiers payeurs lorsque l'utilisateur n'est pas couvert par la RAMQ;
- La transmission des informations à l'attention de la direction des ressources financières;
- La perception des sommes dues pour les soins de santé pour les usagers sans couverture;
- La remise à la direction des ressources financières des sommes perçues.

6.2. Service des comptes à recevoir (Direction des ressources financières)

Il est responsable de :

- La diffusion et de la mise à jour des tarifs tel qu'établi par le MSSS;

- La facturation des différents tiers payeurs (CNESST, Croix Bleue pour PFSI et Armée canadienne, RAMQ pour usager d'une autre province canadienne et les usagers sans couverture de soins de santé;
- L'enregistrement dans le système financier des encaissements reçus de la part des différents tiers payeurs dans le système financier;
- Faire les suivis des factures qui ne seront pas payées dans les 60 jours suivant la date de la facture.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

7.1. Direction des services de santé multidisciplinaires et Direction des ressources financières

Responsables de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

7.2. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1. Direction des services de santé multidisciplinaires et Direction des ressources financières

Responsables de la mise en application de la présente politique.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le Comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

10. ANNEXES

Annexe 1 : Extrait de la lettre type confirmant la date de début du délai de carence

Annexe 2 : Services exclus des ententes de facturation réciproque

ANNEXE 1 - Extrait de la lettre type confirmant la date de début du délai de carence

Le _____

Numéro d'assurance maladie

Objet : Demande d'inscription au régime d'assurance maladie du Québec

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande d'inscription, nous avons le plaisir de vous confirmer que **vous êtes admissible** au régime, à titre de personne qui réside au Québec, à compter du _____.

Vous recevrez une carte d'assurance maladie valide à compter de la date mentionnée plus haut. Si vous changez d'adresse d'ici là, veuillez nous en aviser.

Comme vous le savez déjà, vous êtes soumis à un délai de carence, applicable à compter du _____.

Pendant ce délai, vous devez payer pour les soins médicaux que vous recevez ou les médicaments que vous achetez. Ces montants **n'étant pas remboursables par la Régie**, nous vous conseillons vivement de prendre une assurance privée.

Jusqu'à la réception de votre carte, **il est important de conserver la présente lettre**, car, dans quelques situations bien précises où elle vous est demandée, vous pouvez, grâce à elle, bénéficier de la gratuité de certains services.

ANNEXE 2 - SERVICES EXCLUS DES ENTENTES DE FACTURATION RÉCIPROQUE¹

SERVICES EXCLUS DES ENTENTES DE

FACTURATION RÉCIPROQUE²

1. La chirurgie esthétique ;
2. La chirurgie visant à rétablir la fécondité ;
3. La fécondation in vitro et l'insémination artificielle ;
4. La lithotripsie pour lithiases vésiculaires ;
5. Le changement de sexe ;
6. Le traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
7. L'acupuncture, l'acupressure, l'électrostimulation transcutanée, la moxibustion, la biorétroaction (biofeedback), l'hypnothérapie ;
8. Les services fournis à la demande d'un tiers ;
9. La télémédecine ;
10. Services aux personnes assurées par d'autres organismes :
 - * Forces armées canadiennes ;
 - * Commissions des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) ;
 - * Anciens combattants Canada ;
 - * Service correctionnel du Canada (pénitenciers fédéraux) ;
11. La radiochirurgie par scalpel gamma ;
12. La conférence d'équipe ;
13. Le dépistage génétique et les autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN ;
14. Les interventions qui demeurent au stade expérimental du développement ou de la recherche clinique ;
15. Les services d'anesthésie et les services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut.
16. Les médicaments à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes 56, 57 et 66 pour les services aux malades externes) ;
17. Les soins à domicile ;
18. Les services dentaires (autres que la chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) fournis par un dentiste. Note : Un service dentaire rendu par un médecin n'est pas considéré comme un service exclu ;
19. Les frais d'hébergement.

¹ Ententes interprovinciales en assurance santé, Services hospitaliers internes et externes, version du 1^{er} avril 2024, page 9.

² Ententes interprovinciales en assurance santé, Services hospitaliers internes et externes, version du 1^{er} avril 2024, page 9.