

BC CANCER AGENCY

Liste des tarifs pour les patients

En vigueur depuis le 1^{er} novembre 2025

	Résidents non assurés (WSBC, OOP, CFA, CS, FAS, agences fédérales)	Non Résidents du Canada
LISTE DES PRIX A : FRAIS D'URGENCE ET AMBULATOIRES		
Admission à un hôpital	462 \$	1,015 \$
Première consultation avec un médecin	200 \$	675 \$
Consultation suivante avec un médecin	92 \$	358 \$
Unité chirurgicale ambulatoire**		
Tranche de prix inférieure	1,402 \$	4,040 \$
Tranche de prix moyenne	5,103 \$	5,103 \$
Tranche de prix supérieure	15,692 \$	15,692 \$
LISTE DES PRIX B : FRAIS D'HOSPITALISATION		
Tarif pour salle commune	1,835 \$	9,270 \$
		médicaments pour la chimiothérapie par voie intraveineuse et orale – voir ci-dessous)
Salle d'opération (les 2 premières heures)	s/o	3,030 \$
Chaque heure supplémentaire pour la salle d'opération	s/o	1,535 \$
LISTE DES PRIX C : PROCÉDURES SPÉCIALES		
Visite de radiothérapie	717 \$	730 \$
Simulateur	165 \$	405 \$
Visite de curiethérapie de la prostate	12,500 \$	25,000 \$
IRM		
Étude 2 séquences/plan	731 \$	2,445 \$
séquence supplémentaire	358 \$	1,055 \$
Tomodensitogramme	806 \$	2,215 \$
Visites pour radiographie ou ultrasons	divers, se reporter au guide des frais	

Examens de laboratoire	divers, se reporter au guide des frais	
Test de Pap	35 \$	100 \$
TEP	1,749 \$	3,000 \$
LISTE DES PRIX D : FRAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE		
Visite de chimiothérapie	Coût des médicaments + ci-dessous	Coût des médicaments + ci-dessous
Patient externe uniquement	462 \$	1,015 \$
Frais de médicaments de chimiothérapie par voie intraveineuse**	Chimio par voie intraveineuse administrée à la BCCA aux coûts d’acquisition pour les canadiens	Chimio par voie intraveineuse administrée à la BCCA aux coûts internationaux
Frais de médicaments de chimio par voie orale (à emporter)	Le patient renouvèle son ordonnance à la BCCA* aux coûts d’acquisition pour les canadiens OU dans une pharmacie de détail à ses propres frais.	Le patient renouvèle son ordonnance à la BCCA* aux coûts internationaux OU dans une pharmacie de détail à ses propres frais.

* Les nouveaux tarifs sont entrés en vigueur le 1^{er} novembre 2025

*** D’autres frais applicables peuvent être facturés selon les services de santé fournis



L'Agence du cancer de la Colombie-Britannique BC Cancer Agency

Frais pour les non-résidents et les résidents non assurés Fees for Non-Residents and Uninsured Residents

Les services de soins de santé ont un coût.

À qui cela s'adresse-t-il? Who does this apply to?

- Tous les visiteurs du Canada.
- Tous ceux qui n'ont pas de couverture maladie provinciale.
- Citoyens canadiens nouveaux ou de retour au pays

On entend par « résident » une personne qui :

(a) est un citoyen du Canada ou est légalement admis au Canada en tant que résident permanent;

(b) s'installe en Colombie-Britannique;

(c) est physiquement présent en Colombie-Britannique pendant au moins 6 mois par an (Medicare Protection Act).

Frais pour les services de soins de santé Fees for health care services

Cette brochure est destinée aux personnes qui n'ont pas d'assurance maladie de la Colombie-Britannique (C.-B.) ou d'une autre province. Vous êtes tenu de payer pour les services de santé que vous recevez. Nous vous faisons payer les soins médicaux que nous vous donnons. Votre médecin de famille et les spécialistes que vous consultez au Canada vous facturent séparément pour les soins qu'ils vous prodiguent. Si vous avez été amené à l'hôpital en ambulance, le BC Ambulance Service vous facture également séparément pour ses services.

Dans cette brochure, nous expliquons qui doit payer quoi. Le BC Ministry of Health (Ministère de la Santé de la C.-B.) décide du coût des soins et des services. Si vous avez des questions, veuillez appeler le département des services fiscaux de la PHSA au 604-297-8512.

Un dépôt de 5 000 \$ peut être exigé avant le début du traitement.

Qui doit payer pour quoi? Who must pay for what?

Résidents non assurés du Canada :

Uninsured Residents of Canada (UR):

Les personnes vivant au Canada qui n'ont pas de couverture santé sont « non assurées ».

La « couverture actuelle des soins de santé » signifie que vous êtes inscrit au BC Medical Services Plan (ou au régime d'une autre province). Votre couverture est en vigueur (ou valide) le jour où elle commence (date d'entrée en vigueur). Si vous recevez des soins de santé avant cette date, vous êtes « non assuré ».

Une personne « non assurée » est :
Un résident de la Colombie-Britannique sans BC CareCard (carte de soins de santé de la C.-B. avec numéro de santé personnel) en cours de validité.
Un résident de la Colombie-Britannique qui n'est pas couvert par un régime de soins de santé d'une autre province.

Un résident d’une autre province canadienne qui n’a pas de couverture de soins de santé en cours dans cette province.
Un résident au Canada avec un statut de résidence valide, qui est originaire d’un autre pays comme une personne ayant des papiers d’immigration reçus, certains visas d’étudiant ou de travail, etc.

Si vous vous présentez à l’hôpital parce que vous vous êtes blessé au travail et que vous n’avez pas déposé de demande d’indemnisation auprès de WorkSafeBC pour cet accident du travail, vous êtes également considéré comme « non assuré ». Vous êtes responsable du paiement de vos soins jusqu’à ce que WorkSafeBC paie vos soins.

Non-résident du Canada (NRC) :

Non-Resident of Canada (NRC):

Les personnes qui sont en visite au Canada doivent payer des frais de « non-résident ».

Une personne « non résidente » est :
Un visiteur du Canada.
Un immigrant reçu/citoyen canadien vivant dans un autre pays.
Un résident d’un autre pays qui se trouve au Canada sans statut de résidence valide, comme une personne sans papiers d’immigration reçus, certains visas d’étudiant ou de travail, etc.
Un demandeur d’asile qui n’a pas de « Programme fédéral de santé intérimaire » valide du gouvernement canadien.

Annexe A :
Frais d’urgence et de consultation externe
Schedule A :
Emergency & Out-Patient Charges

Si vous êtes traité au service des urgences ou dans une clinique ambulatoire, vous devrez payer des « frais d’établissement » et des « honoraires du médecin ». Ces frais s’ajoutent à tous les autres frais relatifs aux services de santé ou aux fournitures médicales fournis.

Si vous êtes résident du Québec, vous devez payer vous-même les « honoraires du médecin ». Soumettez votre demande de remboursement à votre régime d’assurance maladie du Québec pour qu’il vous rembourse.

Même si vous avez une assurance maladie, vous devez payer vous-même tous les frais d’urgence et de consultation externe. Présentez votre demande de remboursement à votre compagnie d’assurance.

Si vous venez à l’hôpital deux ou plusieurs fois par jour et que vous êtes un non-résident, nous vous facturons chaque fois, sauf si nos services n’étaient pas disponibles lors de la première visite.

Annexe B :
Frais d’hospitalisation
Schedule B :
In-Patient Charges

Les indemnités journalières, l’utilisation des salles d’opération et les autres frais représentent le montant de base pour couvrir le coût de votre séjour à l’hôpital. Cela ne comprend pas les tests de laboratoire, les examens radiologiques (tels que les tomodensitogrammes, les IRM ou les radiographies de base), les fournitures médicales, les prothèses, les articles implantés (tels que les stimulateurs cardiaques) et les autres services non couverts par le montant de base. Si vous avez besoin de services qui dépassent le montant de base, nous vous facturerons les frais supplémentaires. En outre, ces frais n’incluent pas les honoraires du médecin qui vous soigne.

Lorsque vous entrez à l’hôpital, vous devez lire et signer le formulaire d’admission du patient. Cela comprend :

- une convention de « cession des prestations » : cela nous permet de facturer directement votre compagnie d’assurance maladie (lorsqu’elle est éligible), qui nous paie ensuite.

- un « consentement à l'utilisation des informations » : cela nous permet de donner à votre compagnie d'assurance des informations médicales vous concernant afin qu'elle puisse approuver les frais qui nous sont dus.
- un « consentement à recevoir des informations de facturation par courriel » : cela nous permet de vous communiquer vos frais par courrier électronique plutôt que par courrier postal.

Si nous ne sommes pas en mesure de récupérer le montant dû auprès de votre assureur, vous devez nous payer directement. Vous devrez présenter une demande de remboursement des frais payés directement à votre compagnie d'assurance.

Si vous n'avez pas d'assurance, nous avons besoin soit d'un dépôt en espèces, soit d'une empreinte de votre carte de crédit. Vous devez payer le montant total dû à la fin de votre séjour à l'hôpital. Si vous n'êtes pas en mesure de le faire, d'autres solutions, telles qu'un plan de paiement, peuvent être proposées sur demande. Vous pouvez payer en espèces ou par carte de crédit.

Annexe C : Frais de procédures spéciales Schedule C: Special Procedure Charges

Votre médecin peut vous prescrire des tests ou des procédures qui ne sont pas inclus dans les frais de base des soins hospitaliers et ambulatoires. Vous devez les payer. Il peut s'agir de tests de laboratoire, de fournitures médicales, de prothèses, d'articles implantés (tels que des stimulateurs cardiaques), de tests radiologiques (tels qu'une radiographie de base, un tomodensitogramme, une IRM, un angiogramme, etc.), ainsi que d'autres services.

L'annexe C liste quelques-unes de ces procédures spéciales et leur coût.

Annexe D : Frais de chimiothérapie Schedule D : Chemotherapy Charges

Si vous êtes évalué ou traité par BC Cancer mais que vous n'avez pas d'assurance-maladie en vigueur dans votre province ou votre territoire d'origine, vous êtes tenu de payer la totalité des frais de vos soins.

Comment puis-je payer? How do I pay?

On vous demande de payer vos frais :

- lorsque vous recevez des services hospitaliers;
- lorsque vous recevez la facture de notre part.
- quand un plan de paiement est négocié.

Vous pouvez payer :

- par téléphone au 604-297-8512
- en ligne à l'adresse suivante : <https://pay.healthcarebc.ca>
***Paiement de dépôts par téléphone ou au bureau du caissier seulement.*
- en personne à l'hôpital :

BC Children's and Women's Hospital –

Bureau du caissier (près de l'entrée 93, à côté des ascenseurs du stationnement souterrain)

Local 1T21, 4500, rue Oak, Vancouver, C.-B., V6H 3N1

Heures d'ouverture : Du lundi au vendredi de 8 h à 16 h

Téléphone : 604-875-2345, poste 6107

Télécopieur : 604-875-2730

Nota : Le bureau du caissier est fermé les jours fériés et le week-end.

Des questions? Des préoccupations?

Questions? Concerns?

Pour toute question ou préoccupation liée à la facturation des patients,
veuillez contacter :

Provincial Health Services Authority – Revenue Services

par téléphone : 604-297-8512,
par télécopie : 604-297-9305

ou

par courriel : patientbilling@phsa.ca