



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 89
JANVIER 2016

Veuillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto et verso des pages touchées par les modifications ainsi que les décalages de pages.

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans la lettre administrative du 26 novembre 2015 et dans les infolettres suivantes :

- n° 265 du 4 février 2016
- n° 201 du 1^{er} décembre 2015
- n° 145 du 30 septembre 2015
- n° 128 du 18 septembre 2015

MODIFICATION 73, en vigueur le 1^{er} décembre 2015, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

NOTE : Les références à « Hôpital Royal Victoria » et « Hôpital de Montréal pour enfants » apparaissant à l'Accord-cadre sont remplacées respectivement par « CUSM – Site Glen (adulte) » et « CUSM – Site Glen (pédiatrique) ». Toutes les références englobant les deux établissements sont remplacées par « CUSM – Site Glen » - **prise d'effet le 15 octobre 2015**

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Modification à l'article 1 - Dispositions générales - **prise d'effet le 1^{er} juillet 2015**
- Modification à l'annexe 1.1 Liste des établissements (médecins psychiatres) - **prise d'effet le 1^{er} février 2011**
- Modifications administratives

Pages : [3](#), [5](#), [7](#) à 11

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives

Pages : [1](#), [12](#), [14](#), [18](#) à 22, [25](#) à 32, [46](#) à 48, [51](#) et [53](#)

PAIEMENT

- Modification administrative

Page : [9](#)

- Mises à jour des calendriers de paiement - années 2015 à 2017

Pages : [13](#) à 15

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages explicatifs 244, 248, 490, 892 et 996
- Modifications aux messages explicatifs 410, 420, 444 et 652

Pages : [8](#), [9](#), [16](#), [17](#), [26](#), [36](#) et [39](#)

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

- Modifications aux règles d'application n° 3, n° 6 et n° 7
- Modification à la Règle d'application n° 6 en lien avec la liste des prestations de soins visées par la cardiologie - **prise d'effet le 1^{er} avril 2015**
- Modification à la règle d'application n° 19.1 - **prise d'effet le 15 octobre 2015**
- Abrogation du PA 13
- Modification au PA 17
- Modification au PG 2

Pages : [3](#) à 5, [8](#), [16](#) et [21](#)

- Modification administrative

Pages : [5](#) et [20](#)

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modification à la règle 8.5 - **prise d'effet le 13 mai 2013**
- Modifications aux règles 8.6, 23.2, 23.7, 24, 27, 28, 31, 34.1 et 35

Pages : [A-9](#), [A-15](#), [A-16](#), [A-18](#), [A-28](#), [A-29](#) et [A-31](#)

- Modifications administratives
- Mise à jour du calendrier des fêtes légales

Pages : [A-1](#), [A-2](#), [A-16](#), [A-18](#), [A-31](#) et [A-44](#)

B - TARIFICATION DES VISITES

- Modifications aux *Addendum 3 - Psychiatrie*, *Addendum 10 - Microbiologie-Infectiologie* et *Addendum 11 - Médecine d'urgence*
- Modifications aux *Addendum 3 - Règle 7 - Liste des outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie* - **prise d'effet le 1^{er} avril 2015**

Pages : [B-77](#), [B-97](#), [B-162](#) à B-167

- Le service médical 20216 - **prise d'effet le 15 septembre 2014**
- Retraits des services médicaux 15273, 15274, 15275, 15276, 15277, 15278 et 15603
- Les services médicaux 15756 et 15757 (incluant leur note)
- **prise d'effet le 1^{er} avril 2015**

- Le déplacement des services médicaux 15703 et 15664 et la modification au service médical 98009 - **prise d'effet le 1^{er} avril 2015**
- Modifications tarifaires
Pages : Veuillez vous référer aux indicateurs de correction +, D, S et T
- Modifications administratives
Pages : Veuillez vous référer à l'indicateur de correction #

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- La modification apportée au service médical 20584 et le déplacement des notes de la page C-20 à la page C-16 - **prise d'effet le 1^{er} avril 2015**
- Retrait des services médicaux 20192, 20193, 20196, 20197 et 20198
- Modifications tarifaires
Pages : [C-4](#), [C-11](#), [C-13](#), [C-15](#), [C-16](#), [C-20](#), [C-24](#), [C-25](#), [C-30](#), [C-33](#), [C-38](#), [C-40](#), [C-42](#), [C-43](#), [C-53](#), [C-57](#), [C-58](#), [C-60](#), [C-61](#), [C-73](#) à C-75, [C-78](#), [C-85](#), [C-86](#), [C-89](#) à C-94
- Modifications administratives
Pages : [C-1](#), [C-2](#), [C-40](#), [C-43](#), [C-73](#), [C-89](#) et [C-95](#)

D - ANESTHÉSIOLOGIE

- Modifications à l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*
Pages : [D-2](#), [D-4](#) à D-7
- Retrait des services médicaux 00915, 00933, 00935, 00952, 41001, 41002, 41026, 41003, 41004, 41005, 41009, 41027, 01901 et 41011
- Modifications tarifaires
Pages : [D-9](#) à D-15
- Modifications administratives
Pages : [D-1](#), [D-11](#), [D-12](#) à D-14

E - CHIRURGIE

- Modifications à l'*Addendum 4 - Chirurgie*
Pages : [E-6](#), [E-9](#), [E-11](#), [E-14](#), [E-16](#) et [E-18](#)
- Modifications tarifaires
Pages : [E-10](#), [E-13](#) et [E-20](#)
- Modifications administratives
Pages : [E-1](#), [E-6](#), [E-7](#), [E-9](#), [E-11](#), [E-12](#), [E-15](#), [E-18](#) et [E-20](#)

F - PEAU-PHANÈRES, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

- Le retrait des services médicaux 20202, 20203 et 20204 à la note sous le titre *Peau Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses - prise d'effet le 1^{er} avril 2015*
- Retrait du service médical 01333
- Modifications tarifaires
Pages : [F-2](#), [F-3](#), [F-5](#), [F-7](#), [F-8](#), [F-10](#), [F-13](#), [F-14](#), [F-16](#), [F-17](#), [F-20](#) et [F-23](#)
- Modifications administratives
Pages : [F-1](#), [F-5](#), [F-10](#), [F-13](#) et [F-23](#)

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Modification à l'*Addendum 5 - Appareil Musculo-squelettique*
Page : [G-4](#)
- Retrait des services médicaux 02539, 18094, 18095, 18149, 18150, 18104, 02411, 02335, 09599, 18011, 02487, 02391, 02392 et 02393
- Modifications tarifaires
Pages : [G-14](#), [G-16](#), [G-17](#), [G-22](#), [G-23](#), [G-28](#), [G-33](#), [G-34](#), [G-36](#), [G-38](#), [G-39](#), [G-44](#) et [G-58](#)
- Modifications administratives
Pages : [G-1](#), [G-14](#) et [G-30](#)

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

- Retrait des services médicaux 03329, 03168, 03018, 03364 et 03365
- Modifications tarifaires
Pages : [H-3](#), [H-4](#), [H-7](#), [H-8](#), [H-10](#) et [H-11](#)
- Modifications administratives
Pages : [H-3](#), [H-4](#), [H-7](#), [H-8](#) et [H-11](#)

J - SYSTÈME CARDIAQUE

- Retrait des services médicaux 04728, 04729 et 04760
- Modifications tarifaires
Pages : [J-2](#), [J-4](#), [J-7](#), [J-8](#), [J-11](#), [J-14](#) et [J-15](#)
- Modifications administratives
Pages : [J-14](#) et [J-15](#)

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

- Modification tarifaire
Page : [K-3](#)
- Modification administrative
Page : [K-3](#)

L - SYSTÈME DIGESTIF

- Le retrait du service médical codé 05554 à la note sous l'acte 05472 - **prise d'effet le 1^{er} avril 2015**
- Retrait des services médicaux 05202, 05064, 06109 et 06346
- Modifications tarifaires
Pages : [L-4](#), [L-5](#), [L-11](#), [L-20](#), [L-22](#) et [L-23](#)
- Modifications administratives
Pages : [L-4](#), [L-5](#) et [L-20](#)

M - APPAREIL URINAIRE

- Modifications tarifaires
Pages : [M-2](#) à M-11
- Modifications administratives
Pages : [M-5](#) et [M-7](#)

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

- Modifications tarifaires
Pages : [N-2](#) à N-7

P - GYNÉCOLOGIE

- Modifications tarifaires
Pages : [P-9](#), [P-10](#), [P-13](#) et [P-14](#)
- Modification administrative
Page : [P-13](#)

Q - OBSTÉTRIQUE

- Les services médicaux codés 06955 et 06957 - **prise d'effet le 16 janvier 2015**
- Retrait du service médical 06926
- Modifications tarifaires
Pages : [Q-9](#), [Q-10](#), [Q-12](#) et [Q-13](#)
- Modification administrative
Page : [Q-9](#)

S - SYSTÈME NERVEUX

- Retrait des services médicaux 07632 et 07681
- Modifications tarifaires
Pages : [S-2](#), [S-8](#) et [S-11](#)
- Modifications administratives
Pages : [S-8](#) et [S-11](#)

T - APPAREIL VISUEL

- Retrait des services médicaux 07226, 07805 et 07811

- Modifications tarifaires

Pages : [T-2](#) à T-6 et [T-11](#)

- Modifications administratives

Pages : [T-1](#), [T-2](#) et [T-4](#)

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modifications tarifaires

Pages : [V-31](#), [V-32](#), [V-34](#) à V-36

- Modifications administratives

Pages : [V-2](#), [V-31](#) et [V-34](#)

MODIFICATION 71, en vigueur le 1^{er} avril 2015

B - TARIFICATION DES VISITES

- Les codes 15605, 16032 et 16057, autrefois administratifs, sont devenus négociés avec la Modification 71

Page : [B-82](#)

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # : 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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-48510-0

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 

- d) d'un médecin spécialiste qui se déplace à Québec afin d'agir à titre de médecin-escorte lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

AVIS : *Vous devez réclamer votre temps de déplacement dans la case HEURES DE DÉPLACEMENT sur la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) utilisé pour vos frais de transport (kilométrage). Le temps de déplacement est remboursable uniquement avec la facturation des codes d'activité 078127 ou 078128.*

- + e) d'un médecin spécialiste qui doit dispenser des soins dans le cadre d'un poste réseau.

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

2.1 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné par le ministre, est remboursé comme suit :

- a. La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.

Il présente les pièces justificatives.

L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

- b. Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.

2.2 S'ajoute une indemnité de 109 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.

2.3 On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin spécialiste :

a) Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km/hre}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.

AVIS : *L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.*

2.4 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné est compensé pour un temps d'attente imprévu (exemples : une intempérie ou un retard de son envolée).

On lui accorde alors une indemnité de 109 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

**ARTICLE 3.
FRAIS MAXIMAUX**

3.1 Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander paiement de frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine.

1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres)**Région 01**

- Centre de jeunesse du Bas-Saint-Laurent
- Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup :
Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Centre hospitalier régional de Rimouski
- Hôpital de Mont-Joli

Région 02

- + - Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
- Hôpital de Chicoutimi
- Hôtel-Dieu de Roberval

Région 03

- Centre hospitalier de Charlevoix
- Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie

Région 04

- Carrefour de Santé et Services sociaux de la Saint-Maurice :
Centre hospitalier Saint-Joseph de La Tuque
- CH du Centre-de-la-Mauricie
- Hôpital Saint-Julien

Région 05

- CSSS du Granit

Région 07

- Centre hospitalier de Maniwaki
- Le CLSC, le CHSLD et le Centre hospitalier du Pontiac :
Centre hospitalier du Pontiac et Point de service CLSC
- Le CLSC et CHSLD de la Petite-Nation : CLSC de la Petite-Nation

Région 08

- Centre de santé Sainte-Famille
- Centre hospitalier de Val-d'Or
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
- Centre hospitalier Malartic
- Centre hospitalier Rouyn-Noranda
- Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales :
Centre hospitalier La Sarre et Centre hospitalier Saint-Jean

Région 09

- Centre hospitalier Régional Baie-Comeau
- Centre hospitalier Régional de Sept-Iles

Région 11

- Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
- Centre hospitalier de Chandler
- Centre hospitalier de l'Archipel
- Centre hospitalier de Gaspé : Centre hospitalier Mgr Ross
- Hôpital des Monts

Région 12

- Centre hospitalier Beauce-Etchemin
- Centre hospitalier de la Région de l'Amiante
- Hôtel-Dieu de Montmagny
- Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins : Sanatorium Bégin

Région 14

- Centre hospitalier régional De Lanaudière

Région 15

- Centre hospitalier Laurentien
- CH et Centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de l'Annonciation

1.2 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

1.2.1 EN TERRITOIRE NON DÉSIGNÉ

Dispositions générales

Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant en **territoire non désigné** :

- Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'au centre hospitalier;
- Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport;
- Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander paiement des frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour **la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier au cours d'une semaine.**

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- *Remplir le formulaire de la façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);*
 - # - ***Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être facturés sur une demande correspondant à des soins donnés dans un centre hospitalier visité;***
 - *Indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en kilomètres dans un sens seulement;*
 - # - ***Préciser le code postal de votre lieu de départ dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ, pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.***
 - # ***Note : Les reçus d'essence ne sont pas requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.***
 - *Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant;*
 - # - *Inscrire le code de l'établissement visité dans la section Établissement.*
- IMPORTANT : Ne pas utiliser le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988).**

1.2.2 EN TERRITOIRE DÉSIGNÉ

1. Dispositions particulières

- Aux territoires désignés (les municipalités dont les codes sont suivis d'un astérisque (*) dans la section 3.5.1 de votre manuel de facturation à l'acte sont situées en territoire désigné (anciennement C*, D et E));
- À certaines catégories de professionnels.

2. Déplacement (frais de transport)

Véhicule personnel : 0,86 \$ par kilomètre.

AVIS : *Suivre la procédure décrite précédemment.*

- Autres moyens de transport;
- Le professionnel qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné** est remboursé de ses frais **réels** de déplacement.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- *Remplir le formulaire de la façon habituelle, (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);*
- *Inscrire le code **09991** dans la section Actes, préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) (voir la section 1.3).*

Remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement (1988) en y précisant le détail des dépenses faites.

Attacher à ce dernier formulaire les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et joindre le tout avec la Demande de paiement - Médecin (1200).

3. Temps de déplacement

- Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'*annexe 23*, une indemnité de 109 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement.
- Il est accordé une indemnité de 109 \$ l'heure pour un temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné**.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) sur laquelle a été facturé le déplacement correspondant :*

- *Inscrire le code **09992** dans la section Actes;*
- *Préciser la date et le montant demandé pour le temps consacré au déplacement;*
- **Taux horaire : 109 \$.**

Si le montant à réclamer pour vos frais de transport (**09991**) ou votre temps de déplacement (**09992**) atteint **1 000 \$ ou plus**, indiquez ce montant seul sur une autre demande de paiement avec le code approprié et les données habituelles d'identification. Inscrivez la lettre « **A** » dans la case *C.S.* et mettez en référence dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* le numéro de la demande de paiement sur laquelle vous avez réclamé le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.

Le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement (1988)* est disponible en format dynamique sur le site de la Régie sous la section *Formulaires*.

1.3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (formulaire 1988)

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement. Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement 1200 ou le 1606 pour le mode SLE.

Professionnel

PRÉNOM _____ NOM _____ N° DU PROFESSIONNEL _____

Déplacement

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE _____
 CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE _____
 NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ _____ NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT _____

VOTRE PROFESSION

- Dentiste
- Médecin omnipraticien
- Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

- Acte
- Honoraires forfaitaires
- Rémunération mixte
- SLE
- Tarif horaire
- Vacation

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés. TEMPS DE DÉPLACEMENT NOMBRE D'HEURES FACTURÉES TAUX HORAIRE MONTANT (CALCULÉ À 100%) À L'USAGE DE LA RÉGIE

DATE			MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
ANNÉE	MOIS	JOUR				
			Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE TAUX		
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.					MONTANT TOTAL DES FRAIS	

SPÉCIMEN

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pour les heures qui ont servi à mon déplacement.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL _____ DATE _____

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 15/08

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1.3.1 Description du formulaire

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

1. PROFESSIONNEL : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie

2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION :
indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération

3. DÉPLACEMENT : inscrire le code postal du lieu de départ, la date et l'heure de départ, le code postal du lieu d'arrivée, la date et l'heure d'arrivée à destination, le nom de l'établissement visité ainsi que son numéro. Ces renseignements sont obligatoires.

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.

Pour les anatomopathologistes soumis à l'Addendum 2, fournir le numéro de la demande de paiement où sont réclamés les frais de déplacement dans la section *Renseignements complémentaires*.

5. TEMPS DE DÉPLACEMENT : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique, selon l'Entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'Entente et le montant calculé à 100 %; reporter ce montant sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **09992**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule (personnel ou loué), un taxi ou un autobus, le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.

6. MOYEN DE TRANSPORT : inscrire la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, inscrire le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule en fonction des codes postaux du lieu de départ situé au Québec (ou de l'adresse) et de l'établissement visité. Reporter le montant associé au moyen de transport sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte **09991**.

7. MONTANT TOTAL DES FRAIS : la somme des montants demandés

8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement

9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

Remarque :

Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse de votre point de départ pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

PIÈCES JUSTIFICATIVES : les exigences relatives aux pièces justificatives telles que preuve de location de voiture et reçu d'essence afférent, reçu de taxi, etc. diffèrent selon le montant total des frais de déplacement à réclamer :

- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :**

Obligation de transmettre l'**original** (pas de photocopie)¹ de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation **et** le formulaire 1988 dûment rempli **avec** la *Demande de paiement - Médecin* (1200) en format papier où sont réclamés les frais de déplacement.

- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$:**

Conserver l'original (pas de photocopie)¹ de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire 1988 dûment rempli (pendant cinq ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une reproduction de la *Demande de paiement - Médecin* (1200) où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement **sans** copie de ces documents.

Ces documents doivent être transmis, **avec la demande de paiement correspondante**, à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

(1) Exception sous certaines conditions pour le billet électronique des compagnies d'aviation. Vous trouverez ces conditions en consultant le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Frais de déplacement](#) de l'onglet *Facturation*.

INDEX

Page

3. DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (<i>formulaire 1200</i>)	2
3.0 AVANT-PROPOS	2
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	3
3.2.1 Section 1 Identité de la personne assurée	3
3.2.1.1 Carte d'assurance maladie	3
3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	3
3.2.1.3 Modèles de carte	4
3.2.1.4 Vérification de la carte	6
3.2.2 Section 2 Médecin ayant fourni les services assurés	9
3.2.3 Section 3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin	10
3.2.4 Section 4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires	11
3.2.4.1 Document complémentaire (<i>formulaire 1944</i>)	12
3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs	13
3.2.5 Section 5 Établissement	14
3.2.6 Section 6 Facturation des actes	16
3.2.6.1 Exemple de facturation d'une anesthésie	18
3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R = 3)	19
3.2.6.3 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD = 037)	20
3.2.6.4 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie et règle 12 de l'addendum 8 (règles 14.3 et 14.5 - préambule général)	23
3.2.6.5 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (règles 14.2 et 14.5 - préambule général)	33
3.2.6.6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (règle 14.4 - préambule général)	35
3.2.7 Section 7 CSST - C.S. - Distance	36
3.2.7.1 Section 7 Lettre Q	38
3.2.8 Section 8 Visites	40
3.2.8.1 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence)	41
3.2.9 Section 9 Total des honoraires	42
3.2.10 Section 10 Signature	42
3.3 EXPÉDITION	42
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire 1800</i>)	43
Annexe I : Liste des rôles	44
Annexe II : Liste des modificateurs	45
# Annexe III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	64
# Annexe IV : Numéro d'établissement (code d'établissement)	66

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (formulaire 1200)

3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins spécialistes rémunérés à l'acte la *Demande de paiement – Médecin (acte)* (1200).

Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

- **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement:**

- Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules;
- Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 15 mars 2013 s'écrit 13-03-15.

Les honoraires s'inscrivent sans le symbole du dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections :

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		①		ANNÉE MOIS JOUR P.H. CODE ACTES MOD. UNITES HONORAIRES	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS	
	DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR SEXE		EXPIRATION DE LA CARTE	
	ADRESSE		CODE POSTAL			
	PNT. NOM DU MÉDECIN		②		DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE	
	NUMÉRO		GROUPE		VISITES	
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		③		CODE	
	SON NUMÉRO		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		④		CODE DU DIAGNOSTIC	
				TOTAL ⑨		
⑤		ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		
DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		
				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE ⑩		

1. Identité de la personne assurée;
2. Médecin ayant dispensé les services assurés;
3. Professionnel ayant requis les services d'un médecin;
4. Diagnostic et renseignements complémentaires;
5. Code de l'établissement ou de la localité où les services assurés sont dispensés;
6. Actes (et les visites facturées avec un modificateur);
7. C.S., distance, date de l'événement, de l'accident;
8. Visites (consultations et examens);
9. Total des honoraires demandés;
10. Signature du médecin ayant dispensé les services assurés ou de son mandataire.

La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il figure dans toute correspondance relative à cette dernière.

3.2.4 SECTION 4 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Cette section sert à inscrire le ou les diagnostics ainsi que tout autre renseignement jugé nécessaire ou utile à l'appréciation de la demande de paiement.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO RESIDENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION DE LA CARTE		AN. MOIS. JOUR. PK. CODE. R. MOD. UNITES. HONORAIRES	
ADRESSE		CODE POSTAL		AN. MOIS. JOUR. C.S. DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRE		VISITES	
		5742		CODE. NOMBRE	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE. AN. MOIS. JOUR.		AN. MOIS. JOUR.		AN. MOIS. JOUR.	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				TOTAL	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Inscrire le ou les diagnostics selon la terminologie ou la codification de la Classification Internationale des Maladies.

- 1) S'il n'y a aucune pathologie, inscrire dans la case appropriée le code V70.0 pour un adulte ou V20.2 pour un enfant ou encore, « **état normal** ».
- 2) S'il n'y a qu'un seul diagnostic, inscrire le code de diagnostic dans la case *CODE DU DIAGNOSTIC* ou le nom dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 3) S'il y a plusieurs diagnostics, inscrire le code du diagnostic principal dans les cases appropriées ou le nom en le soulignant et les autres diagnostics par leur code ou leur nom, selon leur influence sur le pronostic et sur le traitement.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Tout renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement, tels les soins d'urgence, ou lorsqu'exigé par le libellé de l'acte ou par un avis administratif.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale* (1944); inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et joindre le document à la demande de paiement.

3.2.4.1 Document complémentaire (formulaire 1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° DU PROFESSIONNEL ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦	

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

⑧

SPÉCIMEN

#

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 292 15/04

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

- 1- NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin (comme il est écrit sur l'imprimante) ayant dispensé les services;
- 2- NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : numéro d'inscription du médecin à la Régie (sept chiffres);
- 3- NUMÉRO DU GROUPE : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu;
- 4- NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Si un document complémentaire concerne plusieurs demandes de paiement, inscrire chaque numéro et joindre une copie à chaque demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
- 5- NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : prénom au complet et le nom de famille à la naissance;
- 6- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- 7- DATE DU SERVICE : date où les services ont été rendus;
- 8- DANS CETTE PARTIE DU FORMULAIRE : donner de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de la demande de paiement. Ce document **doit être signé** par le médecin ou son mandataire.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement ou demande de révision, mais uniquement comme complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint.

3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ZZZZ 01010112		Régie de l'assurance maladie Québec																																			
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE										ACTES																												
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE										ANNEE	MOIS	JOUR	PH	CODE	R	ML	UNITES	HONORAIRES																				
	DATE DE NAISSANCE										ANNEE	MOIS	JOUR	EXPIRATION DE LA CARTE																									
	ADRESSE										ANNEE	MOIS	JOUR	CODE POSTAL																									
	INIT. NOM DU MÉDECIN					NUMÉRO					GROUPE					DATE DE L'ACCIDENT																							
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT					SON NUMÉRO					ANNEE					MOIS					JOUR																		
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										CODE DU DIAGNOSTIC					C.S.					DISTANCE																		
	CLOD 31600919										BENE 41270818					VISITES					CODE					NOMBRE													
	ÉTABLISSEMENT										DATE D'ENTRÉE					DATE DE SORTIE					TOTAL																		
	CODE										ANNEE					MOIS					JOUR					ANNEE					MOIS					JOUR			
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.																																							
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																																							

Inscrire sur la *Demande de paiement - Médecin* (1200) les éléments suivants :

- le code ZZZZ01010112 dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;
- la lettre « **A** » dans la case *C.S.*;
- les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Si l'espace est insuffisant sur la demande de paiement, utiliser le formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale* (1944) pour donner les numéros d'assurance maladie des autres personnes assurées.

3.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR PH. CODE ACTES MOD. UNITES HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR C.B. DISTANCE	
ADRESSE		CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES		TOTAL	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE		DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
0,0,2,4,3		0,2,1,1,1,4		0,2,1,1,2,2	

CODE : inscrire le code d'établissement, le code du cabinet privé de radiologie ou de physiothérapie (physiothérapie), ou autres, ou le code de localité, selon le cas;

Code d'établissement : Celui-ci est requis lorsque les **services médicaux incluant les actes chirurgicaux** sont rendus dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Des codes d'établissement spécifiques identifient les différents types d'établissements; de plus, le dernier chiffre du code prend une valeur différente selon le secteur de l'établissement où les soins ont été rendus (**voir la signification des codes d'établissement à l'annexe IV, sous le présent onglet**).

Remarque : Les services rendus dans le cadre de la chirurgie d'un jour et de la médecine de jour doivent être facturés avec le suffixe 1 du numéro d'établissement.

Certains codes d'acte, de par leur nomenclature, exigent d'être effectués dans un établissement ou un secteur d'établissement spécifique. Ainsi, lorsque pour une personne assurée, les actes posés exigent des numéros d'établissement différents, utiliser une demande de paiement pour chaque établissement ou secteur d'établissement.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le code d'établissement auquel il est rattaché.

Le code d'établissement doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, ne pas utiliser le code relatif à une clinique externe ou à une clinique d'urgence.

Code du cabinet privé de radiologie : Celui-ci est requis lorsque les examens de radiologie sont effectués dans un cabinet privé de radiologie générale ou spécifique. Ce code est transmis par la Régie à l'exploitant du laboratoire de radiologie.

Code du cabinet privé de physiothérapie : Celui-ci est requis lorsque les examens de physiothérapie sont effectués dans un cabinet privé de physiothérapie. Ce code est transmis par la Régie à l'exploitant de la clinique de physiothérapie.

Code du cabinet (autres) : Celui-ci est requis lorsque la clinique médicale où exerce le médecin a obtenu un code de cabinet dans le cadre d'un volet de l'Entente.

- UNITÉS : les unités (trois chiffres) pour demander les honoraires :
 - d'un acte excluant visites et consultations qui est répété à la même séance et dont la nomenclature comprend un des mots suivants : supplémentaire, additionnel, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
 - de l'acte anesthésiologique en inscrivant le nombre d'unités correspondant au total des unités de base auxquelles on ajoute les unités de durée calculées selon le *Tableau de correspondance des unités de durée* figurant à l'onglet *D - Anesthésiologie*;
 - de l'acte chirurgical en fonction d'une longueur ou d'une surface, en indiquant le nombre **d'unités**. La valeur de l'unité varie selon l'acte;
 - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel;
 - de la thérapie psychiatrique en indiquant la durée totale en quart d'heures.
- HONORAIRES : les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu du rôle, du modificateur, des unités et des dispositions relatives à la rémunération majorée, le cas échéant.

Remarque : Tout code d'acte dont les honoraires demandés sont de **1 000 \$** ou plus doit figurer **seul** sur une demande de paiement. **Aucun** autre code d'acte ni de visite ne doit y être facturé.

Remarque : Tout acte dont le montant des honoraires est de **10 000 \$** ou plus doit être facturé sur **deux** demandes de paiement différentes comme suit :

La première demande de paiement, au montant de 5 000 \$ obligatoire-ment (remplir les sections habituelles de la demande de paiement).

La seconde demande de paiement, pour la différence du montant des honoraires en inscrivant :

- le numéro de contrôle externe (NCE) de la première demande dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;

- la lettre « Q » dans la case *C.S.*

Les autres renseignements de la première demande doivent être inscrits à nouveau sur la seconde demande.

Par exemple, le montant total des honoraires d'un acte en rôle 1 auquel s'ajoute un modificateur d'urgence est établi à 10 129,13 \$:

La première demande de paiement a pour montant 5 000 \$.

La seconde demande de paiement a pour montant 5 129,13 \$, soit 10 129,13 \$ moins 5 000 \$. Le NCE de la première demande de 5 000 \$ est inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* et la lettre « Q » dans la case *C.S.*

Exemple 2

Exemple de facturation pour un professionnel soumis à la Rémunération Mixte (RMX)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																			
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES											
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1	5	1	2	0	3	2	0	5435	2	0	3	7	0	0	8	120	82		
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	SEX	EXPIRATION DE LA CARTE	ANNÉE	MOIS	JOUR	UNITÉS	HONORAIRES										
1 5 1 2 0 3 3				1	5	1	2	0	3	3	0	5435	3	5	5	7	0	2	9	437	96		
ADRESSE				CODE POSTAL				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.E.	DISTANCE	UNITÉS	HONORAIRES									
1 5 1 2 0 3 3				0 5 4 3 5				3	8	5	7	0	2	1	454	57							
RIT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO				GROUPE				DATE DE L'ACCIDENT											
PROFESSIONNEL REFERANT				SON NUMÉRO				ANNÉE				MOIS				JOUR							
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC				ANNÉE				MOIS				JOUR							
Début : 9 h 00				Fin : 16 h 45				Remplacement à 11 h 00				TOTAL				1 013,35							
ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE				DATE DE SORTIE				ANNÉE				MOIS				JOUR			
ANNÉE				MOIS				JOUR				ANNÉE				MOIS				JOUR			
ANNÉE				MOIS				JOUR				ANNÉE				MOIS				JOUR			

#

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

Le modificateur 037 s'applique seulement sur les unités de durée.

CALCUL DES UNITÉS

Unités de durée totales (9 h 00 à 16 h 45) = 31 quarts d'heure ou 66 unités de durée
 Unités du prédécesseur (9 h 00 à 11 h 00) = 8 quarts d'heure ou 8 unités de durée

Unités du remplaçant calculés comme suit :

Unités de la 1^{re} période (11 h 00 à 12 h 00) :
 MOD 037
 (9 h 00 à 12 h 00) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée
 16 - 8 (unités du prédécesseur) = 8 unités de durée
 # (8 x 16,78) x 0,90 (90 % RMX) = 120,82 \$

Unités de la 2^e période (12 h 00 à 15 h 00) :
 MOD 557 = 037 + 116
 (9 h 00 à 15 h 00) = 24 quarts d'heure ou 45 unités de durée
 45 - 16 (9 h 00 à 12 h 00) = 29 unités de durée
 # (29 x 16,78) x 0,90 (90 % RMX) = 437,96 \$

Unités de la 3^e période (15 h 00 à 16 h 45) :
 MOD 857 = 037 + 116 + 919
 66 (unités de durée totales) - 45 (9 h 00 à 15 h 00) = 21 unités de durée
 # (21 x 16,78) x 1,29 (MOD 857 + 100 % RMX) = 454,57 \$

Exemple 3

Exemple de facturation pour un professionnel non soumis à la Rémunération Mixte (RMX)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																									
PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE										ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		MOIS		UNITES		MONTANTS			
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE										1,5		1,2		0,3		4		05435		2		5,5		8,0		1,1		238,11	
DATE DE NAISSANCE										1,5		1,2		0,3		4		05435		2		0,9		9,0		1,2		342,31	
ADRESSE										ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE		EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL									
INIT. NOM DU MÉDECIN										NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.S.		DISTANCE					
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT										SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES		CODE		NOMBRE							
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										CODE DU DIAGNOSTIC																			
Début : 16 h 15										Fin : 20 h 30		Remplacement à 17 h 00		MOD 099 = 037 + 090		SPÉCIMEN		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		580,42							
ÉTABLISSEMENT										DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		ANNÉE						MOIS		JOUR							
CODE										ANNÉE		MOIS		JOUR															
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																			

Le modificateur 037 s'applique seulement sur les unités de durée.

CALCUL DES UNITÉS

Unités de durée totales (16 h 15 à 20 h 30) = 17 quarts d'heure ou 26 unités de durée
 Unités du prédécesseur (16 h 15 à 17 h 00) = 3 quarts d'heure ou 3 unités de durée

Unités du remplaçant calculés comme suit :

Unités de la 1^{re} période (17 h 00 à 19 h 00) :
 (16 h 15 à 19 h 00) = 11 quarts d'heure ou 14 unités de durée
 14 - 3 (unités du prédécesseur) = 11 unités de durée
 # (11 x 16,78) x 1,29 (MOD 919) = 238,11 \$

Unités de la 2^e période (19 h 00 à 20 h 30) :
 26 (16 h 15 à 20 h 30) - 14 (16 h 15 à 19 h 00) = 12 unités de durée
 # (12 x 16,78) x 1,70 (MOD 090) = 342,31 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

Exemples de facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

EXEMPLE 1

Anesthésie débutant et finissant durant la même période de majoration

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec										
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	MOD.	UNITES	HONORAIRES		
DATE DE NAISSANCE		ADRESSE		1	5	1	2	0	3	05455	20	170	21	880,95
PROFESSIONNEL REFERANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT		VISITES								
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC										TOTAL 880,95		
Début : 3 h		Fin : 6 h												
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE										
0,2,1,3,3		1,5,1,2,0,2												

SPÉCIMEN EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Utiliser les modificateurs de la colonne *Début de l'opération* du tableau de la page précédente.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05455 = 5 unités de base

Durée (3 h à 6 h) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

Total des unités = 5 unités de base + 16 unités de durée = 21 unités

Honoraires = (21 X 16,78 \$) majoré de 150 % (MOD=017) = 880,95 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 2

Anesthésie débutant dans une période sans majoration en urgence et se terminant dans une période avec majoration.

(MOD = 090, suite de l'opération)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PH		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉPARENTIEL DE LA CARTE		1 5 1 2 0 3		05455 2 9 1 9 0 1 3	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		MOD UNITÉS HONORAIRES	
1 5 1 2 0 3		05455 2 0 9 0 0 0 8		228'21	
EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL			
1 5 1 2 0 3		05455 2			
ADRESSE		DATE DE L'ACCIDENT			
		ANNÉE MOIS JOUR			
INT. NOM DU MÉDECIN		GROUPE		VISITES	
NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT		CODE NOMBRE	
		ANNÉE MOIS JOUR			
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC			
Début : 17 h		□ □ □ □			
Fin : 20 h					
		ÉTABLISSEMENT		E CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
		DATE D'ENTRÉE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
		ANNÉE MOIS JOUR			
		DATE DE SORTIE			
		ANNÉE MOIS JOUR			
				TOTAL 509'61	

Les modificateurs de suite d'opération s'appliquent seulement sur les unités de durée.

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, sans modificateur.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne *Suite de l'opération*.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05455 = 5 unités de base

Durée (17 h à 20 h) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

Total des unités = 5 unités de base + 16 unités de durée = 21 unités

Honoraires pour le début de l'opération (17 h à 19 h) :

Valeur de base (5 unités) + unités de durée de 17 h à 19 h (8 unités) = 13

unités (13 X 16,78 \$) non majorable en urgence x 1,29 (MOD=919) = 281,40 \$

Honoraires pour la fin de l'opération (19 h à 20 h) :

Unités de durée totales (16 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (8 unités) = 8 unités

(8 X 16,78 \$) majoré de 70 % (MOD=090) = 228,21 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 3

Anesthésie débutant dans une période avec une majoration d'urgence et se terminant dans une période avec un taux de majoration différente.

#

Régie de l'assurance maladie Québec											
0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE											
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE											
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE											
ANNÉE MOIS JOUR PER CODE ACTES MOD. UNITÉS HONORAIRES											
1 5 1 2 0 2 02352 2 0 1 8 0 2 2 627,57											
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR I SEXE											
1 5 1 2 0 3 02352 2 0 9 1 0 4 1 1 719,95											
EXPIRATION DE LA CARTE CODE POSTAL											
INTE NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE											
DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES											
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR											
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC											
Début : 23 h											
Fin : 5 h											
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 2 347,52											
ÉTABLISSEMENT CODE DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR											
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.											
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE											

(*) La remarque pour les actes à 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne *Début de l'opération*, du tableau de la section 3.2.6.3.
- Sur une autre ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne *Suite de l'opération*.

CALCUL DES HONORAIRES

Code **02352** = 18 unités de base

Durée (23 h à 5 h) = 24 quarts d'heure ou 45 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 45 unités de durée = 63 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (18 unités) + unités de durée de 23 h à 24 h (4 unités) = 22 unités (22 X 16,78 \$) majoré de 70 % (MOD=**018**) = 627,57 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 23 h à 5 h (45 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (4 unités) = 41 unités
 # (41 X 16,78 \$) majoré de 150 % (MOD=**091**) = 1 719,95 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 4 : Facturation à l'acte non en urgence - Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

0000	NUMERO D'ASSURANCE MALADIE	Régie de l'assurance maladie Québec
PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE	ANNEE MOIS JOUR PR	CODE ACTES
1 5 1 2 0 3	0 4 5 2 9	2 9 1 9 0 2 2
476,22		
DATE DE NAISSANCE	ANNEE MOIS JOUR I SEXE	EXPIRATION DE LA CARTE
1 5 1 2 0 3	0 4 5 2 9	2 0 9 8 0 6 5
1 090,70*		
ADRESSE	ANNEE MOIS JOUR	CODE POSTAL
1 5 1 2 0 3	0 4 5 2 9	2 2 2 5 0 3 6
779,26		
INIT	NOM DU MEDecin	NUMERO
PROFESSIONNEL REFERANT	SON NUMERO	ANNEE MOIS JOUR
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	CODE DU DIAGNOSTIC	
Début : 7 h	Fin : 18 h	
	EXEMPLAIRE DU MEDecin	TOTAL
		2 346,18

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MEDecin OU DE SON MANDATAIRE

#

(*) La remarque pour les actes de 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION du tableau de la section 3.2.6.4. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

Code 04529 = 18 unités de base

Durée 7 h à 18 h = 44 quarts d'heures ou 105 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 105 unités de durée = 123 unités

	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
#	7 h à 8 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	16,78 \$	919	29 %	476,22 \$
#	7 h à 15 h (8 h à 15 h)	69	69 - 4 = 65 unités	16,78 \$	098	-	1 090,70 \$(*)
#	7 h à 18 h (15 h à 18 h)	105	105 - 69 = 36 unités	16,78 \$	225	29 %	779,26 \$

(*) La remarque pour les actes de 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 5 : Facturation à l'acte en urgence - Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

0000		NUMERO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1,5 1,2 0,3		04529 20 1 8 0 2 2	
DATE DE NAISSANCE		1,5 1,2 0,4		04529 20 9 1 0 6 5	
ADRESSE		1,5 1,2 0,4		04529 22 2 5 0 1 2	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		ANNEE MOIS JOUR		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		DATE DE L'ACCIDENT		CODE NUMÉRO	
Début : 23 h		ANNEE MOIS JOUR		TOTAL 3 614,07	
Fin : 8 h		ANNEE MOIS JOUR		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR			

#

#

(*) La remarque pour les actes de 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION du tableau de la section 3.2.6.4. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

Code 04529 = 18 unités de base

Durée 23 h à 8 h = 36 quarts d'heures ou 81 unités de durée

Total des unités = 18 unités de base + 81 unités de durée = 99 unités

	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
#	23 h à 24 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	16,78 \$	018	70 %	627,57 \$
#	23 h à 7 h (0 h à 7 h)	69	69 - 4 = 65 unités	16,78 \$	091	150 %	2 726,75 \$(*)
#	23 h à 8 h (7 h à 8 h)	81	81 - 69 = 12 unités	16,78 \$	225	29 %	259,75 \$

(*) La remarque pour les actes de 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 6

Facturation en rémunération mixte non en urgence

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes.

1^{re} demande de paiement

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN - 1200 232 0969	0000	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																						
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		PH	CODE		ACTES		MOD.	UNITÉS	HONORAIRES								
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1	5	1	2	0	3	2	0	4	5	2	9	1	9	0	2	2	476	22			
	DATE DE NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		SEX	EXPIRATION DE LA CARTE		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE	UNITÉS	HONORAIRES				
	ADRESSE				1	5	1	2	0	3	2	0	4	5	2	2	1	1	6	0	2	9	486	62		
	INT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES		CODE	NUMÉRO	HONORAIRES			
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES	CODE	NUMÉRO	HONORAIRES
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES	CODE	NUMÉRO	HONORAIRES
	Début : 7 h				Fin : 18 h		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES	CODE	NUMÉRO	HONORAIRES
	ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE		ANNÉE	MOIS		JOUR		TOTAL				1 566,92		
CODE				ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE						

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

2^e demande de paiement

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN - 1200 232 0969	0000	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																						
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		PH	CODE		ACTES		MOD.	UNITÉS	HONORAIRES								
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1	5	1	2	0	3	3	0	4	5	2	2	2	7	0	2	4	519	51			
	DATE DE NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		SEX	EXPIRATION DE LA CARTE		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE	UNITÉS	HONORAIRES				
	ADRESSE				1	5	1	2	0	3	4	0	4	5	2	2	2	7	0	1	2	259	75			
	INT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES		CODE	NUMÉRO	HONORAIRES			
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES	CODE	NUMÉRO	HONORAIRES
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES	CODE	NUMÉRO	HONORAIRES
	Début : 7 h				Fin : 18 h		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE	MOIS		JOUR		C.S.	DISTANCE		VISITES	CODE	NUMÉRO	HONORAIRES
	ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE		ANNÉE	MOIS		JOUR		TOTAL				779,26		
CODE				ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE						

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

Remarque : La lettre « Q » doit être inscrite dans la case C.S. de la 2^e demande de paiement pour indiquer qu'il s'agit de la suite d'un même traitement (voir section 3.2.7.1 sous le présent onglet).

3.2.6.4 SECTION 6 - suite**EXEMPLE 6 - suite****Facturation en rémunération mixte non en urgence - suite**

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

- # Date de service au 3 décembre 2015
 # Patient de moins de 16 ans
 Code 04529 = 18 unités de base
 Durée 7 h à 18 h = 44 quarts d'heures ou 105 unités de durée
 Total des unités = 18 unités de base + 105 unités de durée = 123 unités

PH	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
# 2	7 h à 8 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	16,78 \$	919	29 %	476,22 \$
# 2	7 h à 12 h (8 h à 12 h)	33	33 - 4 = 29 unités	16,78 \$	116	--	486,62 \$*
# 3	7 h à 15 h (12 h à 15 h)	69	69 - 33 = 36 unités	16,78 \$	116	--	604,08 \$*
# 3	7 h à 17 h (15 h à 17 h)	93	93 - 69 = 24 unités	16,78 \$	227	29 %	519,51 \$
# 4	7 h à 18 h (17 h à 18 h)	105	105 - 93 = 12 unités	16,78 \$	227	29 %	259,75 \$

* Calculé selon le tableau des suppléments d'honoraires

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 7 : Facturation en rémunération mixte en urgence - Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

#

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX/ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

ANNÉE MOIS JOUR PH CODE ACTES MOIS UNITÉS HONORAIRES
1.5 1.2 0.3 4 04529 2 1 0 9 0 2 2 627,57

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR I SEXE ANNÉE MOIS JOUR EXPIRATION DE LA CARTE
1.5 1.2 0.4 1 04529 2 1 1 3 0 6 5 2 726,75*

ADRESSE CODE POSTAL
1.5 1.2 0.4 2 04529 2 2 2 6 0 1 2 259,75

INTEL NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 23 h
Fin : 8 h

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 3 614,07

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 0989

ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

(*) La remarque pour les actes à 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

INSTRUCTION DE FACTURATION

Facturer sur une ligne de service la valeur de base et de durée correspondant à la première période de garde, en utilisant un des modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION. Sur les autres lignes, facturer les unités de durée correspondant à la période de garde subséquente en utilisant un des modificateurs de la colonne SUITE DE L'OPÉRATION.

- # Patient de moins de 16 ans
Code 04529 = 18 unités de base
Durée 23 h à 8 h = 36 quarts d'heures ou 81 unités de durée
Total des unités = 18 unités de base + 81 unités de durée = 99 unités

PH	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
4	23 h à 24 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	16,78 \$	109	70 %	627,57 \$
1	23 h à 7 h (0 h à 7 h)	69	69 - 4 = 65 unités	16,78 \$	113	150 %	2 726,75 \$(*)
2	23 h à 8 h (7 h à 8 h)	81	81 - 69 = 12 unités	16,78 \$	226	29 %	259,75 \$

(*) La remarque pour les actes à 1 000 \$ et plus ne s'applique pas en anesthésie.

ANNEXE II

LISTE DES MODIFICATEURS

Le modificateur approprié doit être inscrit en regard de l'acte auquel il s'applique.

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

Sont payés à demi-tarif, lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique n'apparaissant pas à la rubrique *Obstétrique-gynécologie*, ainsi que les chirurgies mentionnées dans le deuxième paragraphe de la règle d'application n° 4, sont effectués à la même séance qu'une chirurgie ou un acte diagnostique de la rubrique *Obstétrique-gynécologie* dont le tarif est le plus élevé

MOD=050

RÈGLE D'APPLICATION N° 19

Lorsqu'une échographie cardiaque est réclamée le même jour qu'une consultation en clinique externe.

MOD=072

En cardiologie, service médical dispensé auprès d'un enfant de moins de 14 ans, lorsque ce service donne droit au supplément de télémedecine prévu au Protocole d'accord concernant la télémedecine

MOD=431

Lorsque le code d'acte **00176** est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service

OU

lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte **08303** ou **08311** est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services

MOD=041

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer, pour une tumeur intra-crânienne ou pour une transplantation d'organe

MOD=003

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer

MOD=003

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

En hémato-oncologie, visite principale effectuée en urgence à la clinique externe ou la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoiétiques

MOD=416

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer

MOD=178

PRÉAMBULE GÉNÉRAL**RÈGLE 8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutés lors d'une même séance

MOD=050

RÈGLE 8.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

En ophtalmologie, procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance.

MOD=069

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 0 h et 7 h.

- Pour toutes les spécialités
- En anesthésiologie (suite de l'opération).

MOD=017
MOD=091

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 h et 24 h.

- Pour toutes les spécialités **MOD=018**
- En anesthésiologie (suite de l'opération) **MOD=090**

(Voir au présent onglet l'exemple de facturation à la section 3.2.6.4)

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés.

- Pour toutes les spécialités **MOD=019**
- En anesthésiologie (suite de l'opération) **MOD=092**

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Aucune majoration pour la suite de l'opération pour les soins d'urgence donnés en anesthésiologie entre 7 h et 19 h du lundi au vendredi

MOD=098

RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique est effectué dans un LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

MOD=033

RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins rendus hors-discipline

MOD=075

RÈGLE 23.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques chez un enfant de moins de 2 ans (PG-23).

- En médecine et chirurgie **MOD=060**

Majoration d'honoraires pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 5 ans, en établissement et en cabinet privé. (PG-23).

- En chirurgie générale **MOD=417**

RÈGLE 23.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 6 ans, en établissement et en cabinet privé.

- En ophtalmologie **MOD=196**

Majoration d'honoraires pour les visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgies pratiqués chez un enfant de 6 ans à 10 ans, en établissement et en cabinet privé.

- En ophtalmologie **MOD=418**

RÈGLE 23.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour des chirurgies au tarif des actes codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357 chez un enfant de 14 ans ou moins.

- En chirurgie plastique **MOD=197**

RÈGLE 23.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites principales, les suppléments de consultation et les visites de contrôle pratiqués chez un enfant de 6 ans et moins, en centre hospitalier de courte durée.

- En microbiologie-infectiologie **MOD=419**

RÈGLE 23.5 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans, en établissement et en cabinet privé.

- En oto-rhino-laryngologie **MOD=420**

RÈGLE 23.6 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgies pratiqués chez un enfant de 5 ans ou moins, en établissement et en cabinet privé.

- En dermatologie **MOD=421**

RÈGLE 23.7 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites en cabinet privé, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ou les chirurgies en établissement et en cabinet privé, pratiqués chez un enfant de moins de 11 ans.

- En gastro-entérologie **MOD=422**

Majoration d'honoraires pour les visites en établissement chez un enfant de moins de 11 ans.

- En gastro-entérologie **MOD=161**

Majoration d'honoraires pour les visites en cabinet privé et en établissement chez un enfant de 11 à 15 ans en gastro-entérologie.

- En cabinet privé **MOD=162**

- En établissement **MOD=163**

Majoration d'honoraires pour les visites en établissement chez un patient de 16 ou 17 ans.

- En gastro-entérologie **MOD=164**

RÈGLE 23.8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites ou procédés diagnostiques et thérapeutiques pratiqués chez un enfant de moins de 18 ans, en établissement et en cabinet privé.

- En hématologie-oncologie médicale **MOD=423**

RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en ophtalmologie pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste

MOD=070

RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en oto-rhino-laryngologie pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste

MOD=142

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en chirurgie générale et en chirurgie vasculaire des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer

MOD=143

Majoration des honoraires en CCVT des visites principales et des visites de contrôle effectuées en externe, en hospitalisation ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer

MOD=194

Majoration des honoraires en hématologie ou en oncologie médicale des visites principales effectuées en externe pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer

MOD=195

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en urologie pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste

MOD=167

RÈGLE 29.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires en rhumatologie pour les visites principales et les suppléments de durée effectués en cabinet, en hospitalisation et en externe, pour certaines pathologies spécifiées par les parties négociantes

MOD=065

RÈGLE 29.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

En médecine interne, les honoraires d'une consultation en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne sont majorés de 15 % lorsque le patient est atteint d'une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes

MOD=067

RÈGLE 29.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

En médecine interne, les honoraires d'une consultation en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne sont majorés de 40 % lorsque le patient est atteint d'une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2

MOD=063

RÈGLE 30 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires en chirurgie orthopédique pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste

MOD=100

RÈGLE 31 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par un médecin classé en neurochirurgie lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et au CUSM - Site Glen (pédiatrique)

MOD=126

RÈGLE 32 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires pour les visites ou procédés diagnostiques et thérapeutiques pratiqués chez un patient de 70 ans et plus, en établissement et en cabinet privé.

- En hématologie-oncologie médicale

MOD=424

CONSULTATION ET EXAMEN

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence : (voir la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)

- Week-end et les jours fériés, de 8 h à 24 h

MOD=181

- Tous les jours incluant les jours fériés de 0 h à 7 h

MOD=182

- Tous les jours incluant les jours fériés de 0 h à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit.

MOD=182

- Lundi au vendredi, de 16 h à 24 h

MOD=183

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les services dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence : (voir la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)

- Week-end et les jours fériés, de 7 h à 19 h

MOD=184

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence :

(voir la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)

- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à 24 h
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 7 h

MOD=185
MOD=186

MÉDECINE D'URGENCE

Séjour différent à la salle d'urgence

MOD=187

Remarque : Le modificateur **187** s'inscrit seul sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

PÉDIATRIE

RÈGLE 6 DE L'ADDENDUM 2

Majoration d'honoraires en pédiatrie pour la première visite auprès d'un patient dans une unité de soins intensifs

MOD=199

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels ou de fistules artério-veineuses

MOD=016

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsqu'une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance

MOD=068

TABLEAU D'HONORAIRES

Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neuro-toxiques, ou selon la technique de cryoneurothérapie

MOD=052

TABLEAU D'HONORAIRES

Majoration d'honoraires pour des procédés diagnostiques et thérapeutiques de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », « Interventions cardiologiques », « Stimulateur cardiaque » et « Électrophysiologie » à l'exception des actes codés 09410 et 09434, effectués chez un enfant de moins de 2 ans

MOD=102

TABLEAU D'HONORAIRES

Majoration d'honoraires pour des procédés diagnostiques et thérapeutiques de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », « Interventions cardiologiques », « Stimulateur cardiaque » et « Électrophysiologie » à l'exception des actes codés 09410 et 09434, effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans

MOD=103

TABLEAU D'HONORAIRES

Majoration d'honoraires pour des procédés diagnostiques et thérapeutiques de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », « Interventions cardiologiques », « Stimulateur cardiaque » et « Électrophysiologie » à l'exception des actes codés 09410 et 09434, effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans

MOD=104

TABLEAU D'HONORAIRES

Rémunération à 90 % de certaines interventions mammaires lorsque effectuées en contralatéral, à la même séance

MOD=145

ARTICLE 7.2 DE L'ADDENDUM 3 - BIOCHIMIE MÉDICALE

Le service codé 20115 est payable à demi-tarif lorsqu'il est effectué le même jour que l'acte 09735

MOD=174

ANESTHÉSIOLOGIE

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8

Lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue **MOD=047**

RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8

Médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique **MOD=037**
(Voir au présent onglet l'exemple de facturation à la section 3.2.6.3)

RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8

Anesthésie entreprise par un médecin anesthésiologiste pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité. **MOD=034**

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

Majoration d'honoraires de 29 % entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h sur des services médicaux visés rendus par un anesthésiologiste en semaine, sauf les jours fériés. Cette majoration s'applique toutefois jusqu'à 21 h pour les professionnels soumis à la rémunération mixte **MOD=919**

RÈGLE 13.1 DE L'ADDENDUM 8

En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 50 % pour tous les services médicaux dispensés à un enfant de moins de 2 ans (sauf le collaborateur R3). **MOD=166**

RÈGLE 13.2 DE L'ADDENDUM 8

En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 25 % pour tous les services médicaux dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement (sauf le collaborateur R3) **MOD=015**

RÈGLE 13.3 DE L'ADDENDUM 8

En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 25 % **pour tous les services médicaux** dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus (sauf le collaborateur R3). **MOD=022**

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie **MOD=036**

CHIRURGIE

RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4

Pour les visites ou consultations effectuées par le chirurgien de jour si aucun modificateur d'urgence ne s'applique et s'il s'agit d'une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour **MOD=179**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires **MOD=024**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le médecin qui donne les soins post-opératoires **MOD=025**

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le médecin qui donne les soins post-opératoires lorsque le chirurgien est un consultant ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier **MOD=026**

RÈGLE 8.1 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire **MOD=050**

RÈGLE 8.4 DE L'ADDENDUM 4	
En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire	MOD=122
# En ophtalmologie, lors d'une chirurgie bilatérale de l'appareil visuel, la ou les chirurgies pratiquées sur le deuxième œil au cours d'une même séance.	MOD=013
RÈGLE 8.5 DE L'ADDENDUM 4	
En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, en situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent ou pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD=123
En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, sauf l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique ou s'il s'agit d'une situation d'urgence	MOD=125
RÈGLE 8.6 DE L'ADDENDUM 4	
En dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance.	MOD=426

PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

TABLEAU D'HONORAIRES

Pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différentes sont payées à 90 %	MOD=014
Tout acte, sous la section <i>Sein</i> , réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale	MOD=414

APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

RÈGLE 2 DE L'ADDENDUM 5	
Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant	MOD=027
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5	
S'il y a une fracture ou luxation de plusieurs os majeurs	MOD=010
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5	
S'il y a une fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs	MOD=050
RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5	
Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a des réductions ouvertes par des voies d'approche différentes ou dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation.	MOD=049
RÈGLE 3.3 DE L'ADDENDUM 5	
Lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre	MOD=134
Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure)	MOD=150
RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5	
Pour le traitement d'une fracture ouverte, s'il y a une réduction ouverte	MOD=039

RÈGLE 7.1 DE L'ADDENDUM 5
Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie. **MOD=030**

RÈGLE 7.2 DE L'ADDENDUM 5
Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. **MOD=064**

RÈGLE 7.3 DE L'ADDENDUM 5
Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction **MOD=169**

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 5
Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée **MOD=172**

SYSTÈME CARDIAQUE

TABLEAU DES HONORAIRES
À moins qu'il y ait d'autre mention, s'il y a chirurgie de plus d'une valve, s'il y a chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien, s'il y a chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, les actes associés sont payés à 90 % **MOD=045**

TABLEAU DES HONORAIRES
L'acte codé 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque **MOD=053**

GLANDULAIRE

Tout acte réalisé au niveau de la surrénale contralatérale, à la même séance, est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale **MOD=432**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4
Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la radiologie générale, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD=105**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4
Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la mammographie, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD=106**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4
Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la fluoroscopie, les services médicaux sont majorés de 60 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD=107**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative. **MOD=074**

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Présence d'information dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée. **MOD=009**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en cabinet privé.

MOD=008

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en établissement.

MOD=021

RÈGLE 22 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie.

MOD=043

TABLEAU DES HONORAIRES

Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu si effectués chez un patient de moins de 10 ans.

MOD=066

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax.

MOD=071

ANNEXE 10

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et 24 h ou entre 21 h et 24 h (rémunération mixte). . . .

Pédiatrie.

MOD=136

Cardiologie.

MOD=138

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et 24 h ou entre 7 h et 24 h (rémunération mixte). . . .

Pédiatrie.

MOD=137

Cardiologie.

MOD=139

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit.

MOD=073

Majoration des honoraires pour l'horaire de nuit qui s'étend de la période comprise entre 0 h et 8 h ou entre 0 h et 7 h (rémunération mixte).

MOD=007

ANNEXE 11

LETTRE D'ENTENTE A-47

Visite principale d'un patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse.

MOD=141

LETTRE D'ENTENTE 160

Majoration d'honoraires de 7 % pour tous les services rendus sur le site de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. .

MOD=193

LETTRE D'ENTENTE 171

Les territoires supplémentaires sont payables à 50 % du supplément de garde en disponibilité au médecin anatomopathologiste selon la *Lettre d'entente n° 171*.

MOD=054

LETTRE D'ENTENTE 208

Supplément d'honoraires de 5 % du tarif applicable pour les services médicaux dispensés entre 17 h et 7 h.

MOD=044

ANNEXE 15

Rémunération à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux et médico-administratifs visés à l'annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités **MOD=042**

ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)

Lorsqu'un arbitrage médical ou une évaluation médicale n'a pas lieu, parce que le travailleur ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission (règle 14) **MOD=032**

ANNEXES 27 ET 28

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et 24 h ou entre 21 h et 24 h (rémunération mixte) **MOD=005**

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et 24 h ou entre 7 h et 24 h (rémunération mixte) **MOD=006**

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit **MOD=073**

ANNEXE 29

Majoration des honoraires pour le forfait de prise en charge du patient et le forfait de prise en charge de l'unité le samedi, le dimanche et un jour férié **MOD=108**

ANNEXE 38

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et 24 h, du lundi au vendredi **MOD=109**

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3) **MOD=112**

Pour les soins d'urgence rendus entre 0 h et 7 h, tous les jours **MOD=110**

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3) **MOD=113**

Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et 24 h, le week-end et les jours fériés **MOD=111**

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3) **MOD=114**

Pour les soins d'urgence, du lundi au vendredi de 7 h à 21 h (sauf un jour férié) pour la suite de l'opération **MOD=115**

En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **MOD=116**

En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **MOD=130**

Service rendu par un médecin rhumatologue qui exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire et qui a exercé en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée **MOD=176**

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

Majoration d'honoraires de 29 % entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h sur des services médicaux visés rendus par un anesthésiologiste en semaine, sauf les jours fériés. Cette majoration s'applique toutefois jusqu'à 21 h pour les professionnels soumis à la rémunération mixte

MOD=919

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 . . .

MOD=117

Services énumérés aux modalités particulières du tableau de rémunération de l'obstétrique-gynécologie

MOD=120

Pour les soins rendus en vertu de l'annexe 39 par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte

MOD=192

Services rendus en clinique externe, dans un contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge

MOD=076

ANNEXE 40

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence :

- Week-end et les jours fériés, de 8 h à 24 h
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 7 h
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit
- Lundi au vendredi, de 16 h à 24 h

MOD=181

MOD=182

MOD=182

MOD=183

Majoration d'honoraires pour les services dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence :

- Week-end et les jours fériés, de 7 h à 19 h

MOD=184

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence :

- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à 24 h
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 7 h

MOD=185

MOD=186

Séjour différent à la salle d'urgence

MOD=187

Remarque : Le modificateur **187** s'inscrit seul sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, entre 19 h et 7 h, si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé

MOD=188

Services rendus auprès d'un patient admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé

MOD=189

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 . . .

MOD=121

ANNEXE 42

Pour les soins rendus en vertu de l'annexe 42 par un médecin psychiatre autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte

MOD=127

AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents **MOD=093**

Séances différentes, sauf lorsque le modificateur **123** ou **125** s'applique. **MOD=094**

Sites anatomiques différents et séances différentes. **MOD=095**

Remarque : Le modificateur **093**, **094** ou **095** s'inscrit seulement sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte sauf si l'un des modificateurs multiples s'applique (voir page suivante) **MOD=099**

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019 - 050);
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : **084**) sur la ligne de service;
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,8500);
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*.

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
005 - 094	200	1,7000
006 - 094	201	1,7000
007 - 094	202	1,9000
008 - 094	455	+8,80 \$ (*)
009 - 017	700	2,5000
009 - 018	701	1,7000
009 - 019	702	1,7000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
009 - 105	251	1,1500
009 - 106	252	1,1500
009 - 107	253	1,6000
009 - 109	703	1,7000
009 - 110	704	2,5000
009 - 111	705	1,7000
015 - 115	855	1,2500
015 - 115 - 919	355	1,6125
015 - 116	801	1,2500
015 - 116 - 919	356	1,6125
015 - 130	237	1,2500
015 - 919	238	1,6125
015 - 130 - 919	306	1,6125
017 - 045	223	2,2500
017 - 050	088	1,2500
017 - 050 - 093	300	1,2500
017 - 063	472	3,5000
017 - 067	478	2,8750
017 - 068	210	2,2500
017 - 069	216	1,8750
017 - 093	617	2,5000
017 - 094	089	2,5000

AVIS : (*) À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication, mais bien d'un **facteur d'addition**.

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
017 - 094 - 063	852	3,5000
017 - 094 - 067	849	2,8750
017 - 122	273	1,8750
017 - 172	574	1,2500
017 - 198	600	2,5000
017 - 416	464	2,5000
018 - 045	234	1,5300
018 - 050	082	0,8500
018 - 050 - 093	301	0,8500
018 - 063	473	2,3800
018 - 067	479	1,9550
018 - 068	211	1,5300
018 - 069	217	1,2750
018 - 093	618	1,7000
018 - 094	083	1,7000
018 - 094 - 063	853	2,3800
018 - 094 - 067	850	1,9550
018 - 122	274	1,2750
018 - 172	577	0,8500
018 - 198	601	1,7000
018 - 416	465	1,7000
018 - 424	735	1,9550
019 - 045	235	1,5300
019 - 050	084	0,8500
019 - 050 - 093	302	0,8500
019 - 063	474	2,3800
019 - 067	480	1,9550
019 - 068	212	1,5300
019 - 069	218	1,2750
019 - 093	619	1,7000
019 - 094	085	1,7000
019 - 094 - 063	854	2,3800
019 - 094 - 067	851	1,9550
019 - 122	275	1,2750
019 - 172	578	0,8500
019 - 198	602	1,7000
019 - 416	466	1,7000
019 - 419	638	1,8700
019 - 424	731	1,9550

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
021 - 094	456	+0,00 \$ (*)
022 - 047	269	1,2500
022 - 047 - 919	307	1,6125
022 - 094	845	1,2500
022 - 109	254	2,1250
022 - 110	255	3,1250
022 - 111	256	2,1250
022 - 112	450	2,1250
022 - 113	451	3,1250
022 - 114	452	2,1250
022 - 115	453	1,2500
022 - 115 - 919	310	1,6125
022 - 116	802	1,2500
022 - 116 - 919	311	1,6125
022 - 117	268	1,2500
022 - 919	209	1,6125
037 - 109	550	1,7000
037 - 110	551	2,5000
037 - 111	552	1,7000
037 - 112	553	1,7000
037 - 113	554	2,5000
037 - 114	555	1,7000
037 - 115	556	1,0000
037 - 115 - 919	856	1,2900
037 - 116	557	1,0000
037 - 116 - 919	857	1,2900
037 - 919	558	1,2900
042 - 094	206	0,2000
043 - 094	457	0,2500
045 - 060	236	1,1250
045 - 109	293	1,5300
045 - 110	294	2,2500
045 - 111	295	1,5300
047 - 919	270	1,2900
050 - 075	087	0,3750
050 - 093	086	0,5000

AVIS : (*) À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication, mais bien d'un **facteur d'addition**.

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
050 - 093 - 109	303	0,8500
050 - 093 - 110	304	1,2500
050 - 093 - 111	305	0,8500
050 - 093 - 420	640	0,7500
050 - 109	239	0,8500
050 - 110	240	1,2500
050 - 111	241	0,8500
050 - 117	248	0,5000
050 - 121	665	0,5000
050 - 181	667	0,7500
050 - 182	670	0,8500
050 - 183	673	0,6666
050 - 184	676	0,7500
050 - 185	679	0,8500
050 - 186	682	1,2500
050 - 188	687	0,5000
050 - 189	659	0,5000
050 - 420	641	0,7500
050 - 421	644	0,6500
050 - 423	683	0,7500
050 - 424	732	0,5750
063 - 094	846	1,4000
063 - 109	475	2,3800
063 - 110	476	3,5000
063 - 111	477	2,3800
065 - 076	288	1,1500
065 - 176	271	1,1500
067 - 094	847	1,1500
067 - 109	481	1,9550
067 - 110	482	2,8750
067 - 111	483	1,9550
068 - 109	213	1,5300
068 - 110	214	2,2500
068 - 111	215	1,5300
069 - 109	219	1,2750
069 - 110	220	1,8750
069 - 111	221	1,2750
074 - 105	250	1,1500
093 - 094	095	1,0000

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
093 - 109	620	1,7000
093 - 110	621	2,5000
093 - 111	622	1,7000
093 - 122	279	0,7500
093 - 125	523	0,7500
093 - 169	524	+127,80 \$ (*)
093 - 188	689	1,0000
093 - 420	643	1,5000
093 - 426	737	1,0000
094 - 109	242	1,7000
094 - 110	243	2,5000
094 - 111	244	1,7000
094 - 117	249	1,0000
094 - 121	666	1,0000
094 - 127	222	1,0000
094 - 136	286	1,5000
094 - 137	287	1,5000
094 - 172	573	0,5000
094 - 178	639	1,0000
094 - 179	647	1,0000
094 - 181	669	1,5000
094 - 182	672	1,7000
094 - 183	675	1,3333
094 - 184	678	1,5000
094 - 185	681	1,7000
094 - 186	684	2,5000
094 - 188	688	1,0000
094 - 199	454	+75,00 \$ (*)
094 - 416	467	1,0000
094 - 419	636	1,1000
094 - 423	680	1,5000
094 - 424	733	1,1500
094 - 919	848	1,2900
098 - 919	225	1,2900
108 - 117	266	1,3333
108 - 121	267	1,3333
109 - 117	245	1,7000

AVIS : (*) À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication, mais bien d'un **facteur d'addition**.

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
109 - 122	276	1,2750
109 - 166	837	2,5500
109 - 172	591	0,8500
109 - 416	468	1,7000
110 - 117	246	2,5000
110 - 122	277	1,8750
110 - 166	838	3,7500
110 - 172	592	1,2500
110 - 416	469	2,5000
111 - 117	247	1,7000
111 - 122	278	1,2750
111 - 166	839	2,5500
111 - 172	593	0,8500
111 - 416	470	1,7000
111 - 422	655	2,1250
111 - 423	677	2,5500
111 - 424	734	1,9550
112 - 166	840	2,5500
113 - 166	841	3,7500
114 - 166	842	2,5500
115 - 166	843	1,5000
115 - 919	226	1,2900
116 - 919	227	1,2900
116 - 166	800	1,5000
117 - 172	594	0,5000
117 - 199	459	+75,00 \$ (*)
121 - 184	699	1,5000
121 - 185	663	1,7000
121 - 186	664	2,5000
130 - 919	224	1,2900
143 - 179	743	1,8000
166 - 919	844	1,9350
166 - 115 - 919	378	1,9350
166 - 116 - 919	379	1,9350
179 - 199	463	+75,00 \$ (*)
181 - 187	694	1,5000

AVIS : (*) À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication, mais bien d'un **facteur d'addition**.

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
182 - 187	695	1,7000
183 - 187	696	1,3333
184 - 189	656	1,5000
185 - 189	657	1,7000
186 - 189	658	2,5000
195 - 416	471	1,3000
195 - 416 - 423	720	1,9500
195 - 416 - 424	736	1,4950
195 - 423	728	1,9500
416 - 423	709	1,5000
195 - 424	729	1,4950
Autres combinaisons	099	à calculer

ANNEXE III

LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie, dans les cas suivants :
- âgée de moins d'un an;
 - admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;
 - âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie **SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**, dans les cas suivants :
- **personne assurée** requérant des soins urgents;
 - à la suite d'une ordonnance du tribunal (actes 98005, 98006, 98007 et 98012);
 - s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée;
 - demandeur d'asile admissible au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) et résidant au Québec.
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au *per diem* devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'annexe 15).
- J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.
- Les situations d'exception sont en lien avec les services :
- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
 - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
 - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la règle 16 du préambule général).
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.
- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour**, au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes (voir la section 3.2.7.1 *Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement*, sous le présent onglet).

R : Personne assurée sous respirateur dans une unité de soins de néonatalogie.

S : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST.

W : Services rendus dans le cadre du programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrive les lettres représentant les situations prioritaires dans la case *C.S.* et inscrive la lettre « **A** » dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES*. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case *C.S.* comme situation prioritaire, lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

ANNEXE IV

NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I Le numéro d'établissement qui comprend généralement cinq chiffres, se compose comme suit :

- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement. (exemple : 0 = centre hospitalier)
- Les trois chiffres du centre constituent le numéro de l'établissement.
- Le dernier chiffre (suffixe) représente la catégorie des unités de soins de chaque établissement. (exemple : 1 = clinique externe)

II Système de codification des établissements :

A- ÉTABLISSEMENTS AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

- | | | |
|---|-------|---|
| • Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés : | 0XXX0 | Unité de soins palliatifs, dépt. toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, hôpital de jour, moyen séjour, etc. |
| | 0XXX1 | Clinique externe |
| | 0XXX2 | Unité de soins gériatriques |
| | 0XXX3 | Unité de soins généraux et spécialisés |
| | 0XXX4 | Unité de soins de longue durée (soins prolongés) |
| | 0XXX5 | Unité de soins de longue durée (hébergement) |
| | 0XXX6 | Unité de soins coronariens ou de soins intensifs |
| | 0XXX7 | Clinique d'urgence |
| | 0XXX8 | Département de psychiatrie |
| | 4XXX6 | Unité de soins intensifs reconnus (annexe 29) |
| • Centres d'hébergement et de soins de longue durée : | 0XXX4 | CHSLD |
| | 1XXX5 | Hébergement public |
| | 2XXX5 | Hébergement privé |
| • Centres de réadaptation : | 1XXX3 | Centre de réadaptation |
| | 4XXX9 | Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation |
| • Centres locaux de services communautaires : | 9XXX2 | CLSC |
| | 8XXX5 | Point de service de certains CLSC |
| • Centres de douleur chronique : | 4XXX1 | Centres de douleur chronique (annexe 41) |
| | | UMF (annexe 42) |

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

- | | | |
|--------------------------|-------|----------------------|
| • Organismes fédéraux : | 5XXX9 | Autres que prisons |
| • Centres de détention : | 7XXX0 | Prisons fédérales |
| | 7XXX6 | Centres de détention |

• Laboratoires de radiologie diagnostique :	*31XXX *32XXX *33XXX	Radiologie générale Radiologie spécifique (laboratoire de radiologie exploité par un médecin spécialiste autre qu'un radiologiste) Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien
• Physiatrie :	*34XXX	Clinique de physiothérapie Cabinet de physiatrie
• Agences de la santé et des services sociaux :	94XX9	ASSS
• Cliniques privées :	*51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire
• Cabinets d'optométrie :	*52XXX 53XXX	Clinique optométrique
• Cliniques médicales :	54XXX 55XXX 56XXX 57XXX	Cliniques de médecins spécialistes

C- CENTRES HOSPITALIERS HORS PROVINCE

• Terre-Neuve-et-Labrador	09009
• Nouvelle-Écosse	09019
• Île-du-Prince-Édouard	09029
• Nouveau-Brunswick	09039
• Ontario	09049
• Manitoba	09059
• Alberta	09069
• Saskatchewan	09079
• Colombie-Britannique	09089
• Territoires du Nord-Ouest	09099
• Yukon	09109
• Nunavut	09139

* Exceptions à la codification du numéro

4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- # **1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéro de contrôle externe (2904) de la demande de remboursement en assurance responsabilité. S'il s'agit d'un remboursement suite à la réception du fichier de l'ACPM, ce numéro correspond à la date d'envoi du fichier (année et mois). Exemple : pour janvier 2006, le numéro est 0601.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de remboursement ou le fichier de l'ACPM a été reçu à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour, ex. : AA-03-20.
- 3a.** CODE TRA. Code de la transaction « TRA » décrivant l'état du règlement de votre demande de remboursement (voir 4.7).
- 4a.** NATURE DU MONTANT. L'année pour laquelle la Régie a évalué le remboursement en assurance responsabilité ainsi que la nature du remboursement :
 - Quote-part
 - Montant forfaitaire (s'il y a lieu)
- 5a.** BASE DE CALCUL. Ne s'applique pas.
- 6a.** MONTANT. Le montant du remboursement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique *Paiement* du sommaire de votre état de compte.
- 7a.** RÉF. DEM. Ne s'applique pas.
- 8a.** MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés. (voir l'onglet *Messages explicatifs*).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE. Le montant de l'assurance responsabilité remboursé sur des paiements antérieurs pour l'année mentionnée.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE. Le montant total d'assurance responsabilité remboursé à ce jour pour l'année mentionnée, incluant le présent paiement (somme du montant payé (6a) et du montant remboursé sur des paiements antérieurs (9a)).

4.4.1.5 Avis de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie un remboursement des honoraires qu'elle a payés directement au professionnel parce qu'elle n'avait pu fournir la preuve de son inscription à la Régie (carte d'assurance maladie) ou parce que le professionnel est désengagé ou encore parce que le professionnel a exigé paiement d'une personne assurée à l'encontre de la loi.

On y retrouve les mêmes renseignements que ceux définis à 4.4.1.3.

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis (voir 4). Celui-ci doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou de remboursement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de le concilier avec ses états de compte.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle réapparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir sous l'onglet *Messages explicatifs*).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec les motifs à l'appui ou demander des explications additionnelles doit lui présenter une **demande de révision.**

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir sous l'onglet *Messages explicatifs*). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale. Si cette correction ou cette modification correspond à la description d'un des modificateurs de l'annexe II sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*, inscrire le modificateur dans la case appropriée de la demande de paiement refacturée.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

Attention de bien inscrire la date du service rendu et non pas la date du jour où vous effectuez votre refacturation. Si vous éprouvez des difficultés à ce sujet avec votre logiciel de facturation, veuillez contacter votre développeur de logiciel.

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2015

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2015

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)				1	2	3
(3)	5	●	7	8	9	10
(4)	12	13	14	15	16	17
(5)	19	●	21	22	23	24
(6)	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	●	35	36	37	38
(8)	40	41	42	43	45	
(9)	47	●	49	50	51	52
(10)	54	55	56	57	59	

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	●	63	64	65	66
(12)	68	69	70	71	72	73
(13)	75	●	77	78	79	80
(14)	82	83	84	85	87	
(15)	89	●				

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			91	92	93	94
(16)	96	97	98	99	101	
(17)	103	●	105	106	107	108
(18)	110	111	112	113	115	
(19)	117	●	119	120		

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)				121	122	
(20)	124	125	126	127	129	
(21)	131	●	133	134	135	136
(22)	138	139	140	141	143	
(23)	145	●	147	148	149	150

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	157	
(25)	159	●	161	162	163	164
(26)	166	167	168	169	171	
(27)	173	●	175	176	177	178
(28)	180	181				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	185	
(29)	187	●	189	190	191	192
(30)	194	195	196	197	199	
(31)	201	●	203	204	205	206
(32)	208	209	210	211		

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					213	
(33)	215	●	217	218	219	220
(34)	222	223	224	225	227	
(35)	229	●	231	232	233	234
(36)	236	237	238	239	241	

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		●	245	246	247	248
(38)	250	251	252	253	255	
(39)	257	●	259	260	261	262
(40)	264	265	266	267	269	
(41)	271	●	273			

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	
(42)	278	279	280	281	283	
(43)	285	●	287	288	289	290
(44)	292	293	294	295	297	
(45)	299	●	301	302	303	304

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	311	
(47)	313	●	315	316	317	318
(48)	320	321	322	323	325	
(49)	327	●	329	330	331	332
(50)	334					

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)			335	336	337	339
(51)	341	●	343	344	345	346
(52)	348	349	350	351	353	
(53)	355	●	357	358	359	360
(2)	362	363	364	365		

7086 202 13/09

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2016

Régie de l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2016

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)					1	2
(3)	4	●	6	7	8	9
(4)	11	12	13	14	15	16
(5)	18	●	20	21	22	23
(6)	25	26	27	28	29	30
(24)	25	26	27	28	29	30
(31)						

FÉVRIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	32	●	34	35	36	37
(8)	39	40	41	42	44	
(9)	46	●	48	49	50	51
(10)	53	54	55	56	58	
(11)	59					
(28)	29					

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		●	62	63	64	65
(12)	67	68	69	70	72	
(13)	74	●	76	77	78	79
(14)	81	82	83	84	86	
(15)	88	●	90	91		
(27)	28	29	30	31		

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)				92	93	
(16)	95	96	97	98	100	
(17)	102	●	104	105	106	107
(18)	109	110	111	112	114	
(19)	116	●	118	119	120	121
(24)	25	26	27	28	29	30

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20)	123	124	125	126	128	
(21)	130	●	132	133	134	135
(22)	137	138	139	140	142	
(23)	144	●	146	147	148	149
(24)	151	152				
(29)	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)			153	154	156	
(25)	158	●	160	161	162	163
(26)	165	166	167	168	170	
(27)	172	●	174	175	176	177
(28)	179	180	181	182		
(26)	27	28	29	30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)				184	184	
(29)	186	●	188	189	190	191
(30)	193	194	195	196	198	
(31)	200	●	202	203	204	205
(32)	207	208	209	210	212	
(24)	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214	●	216	217	218	219
(34)	221	222	223	224	226	
(35)	228	●	230	231	232	233
(36)	235	236	237	238	240	
(37)	242	●	244			
(28)	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)				245	246	247
(38)	249	250	251	252	254	
(39)	256	●	258	259	260	261
(40)	263	264	265	266	268	
(41)	270	●	272	273	274	
(25)	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)						1
(42)	277	278	279	280	282	
(43)	284	●	286	287	288	289
(44)	291	292	293	294	296	
(45)	298	●	300	301	302	303
(23)	24	25	26	27	28	29

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)			306	307	308	310
(47)	312	●	314	315	316	317
(48)	319	320	321	322	324	
(49)	326	●	328	329	330	331
(50)	333	334	335			
(27)	28	29	30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)				336	336	
(51)	340	●	342	343	344	345
(52)	347	348	349	350	352	
(53)	354	●	356	357	358	359
(54)	361	362	363	364	366	
(25)	26	27	28	29	30	31

7095_202 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT

● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2017



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2017

JANVIER							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(1)	2	●	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	
(2)	9	10	11	12	13	14	
8	9	10	11	12	13	14	
(3)	16	●	18	19	20	21	
15	16	17	18	19	20	21	
(4)	23	24	25	26	▼	28	
22	23	24	25	26	27	28	
(5)	30	●					
29	30	31					

FÉVRIER							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(5)				1	2	3	4
(6)	37	38	39	40	41	42	
5	6	7	8	9	10	11	
(7)	44	●	46	47	48	49	
12	13	14	15	16	17	18	
(8)	51	52	53	54	▼	56	
19	20	21	22	23	24	25	
(9)	58	●					
26	27	28					

MARS							*23
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(9)				1	2	3	4
(10)	65	66	67	68	69	70	
5	6	7	8	9	10	11	
(11)	72	●	74	75	76	77	
12	13	14	15	16	17	18	
(12)	79	80	81	82	▼	84	
19	20	21	22	23	24	25	
(13)	86	●	88	89	90		
26	27	28	29	30	31		

AVRIL							*18
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(13)						1	
(14)	93	94	95	96	97	98	
2	3	4	5	6	7	8	
(15)	100	●	102	103	104	105	
9	10	11	12	13	14	15	
(16)	107	108	109	110	▼	112	
16	17	18	19	20	21	22	
(17)	114	115	116	117	118	119	
23	24	25	26	27	28	29	
30							

MAI							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(16)	121	122	123	124	125	126	
1	2	3	4	5	6		
(19)	128	●	130	131	132	133	
7	8	9	10	11	12	13	
(20)	135	136	137	138	▼	140	
14	15	16	17	18	19	20	
(21)	142	●	144	145	146	147	
21	22	23	24	25	26	27	
(22)	149	150	151				
28	29	30	31				

JUIN							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(22)				1	2	3	
(23)	156	●	158	159	160	161	
4	5	6	7	8	9	10	
(24)	163	164	165	166	▼	168	
11	12	13	14	15	16	17	
(25)	170	●	172	173	174	175	
18	19	20	21	22	23	24	
(26)	177	178	179	180	▼	182	
25	26	27	28	29	30		

JUILLET							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(26)						1	
(27)	184	●	186	187	188	189	
2	3	4	5	6	7	8	
(28)	191	192	193	194	▼	196	
9	10	11	12	13	14	15	
(29)	198	●	200	201	202	203	
16	17	18	19	20	21	22	
(30)	205	206	207	208	▼	210	
23	24	25	26	27	28	29	
30	31						

AOÛT							*23
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(31)				1	2	3	4
(32)	219	220	221	222	223	224	
6	7	8	9	10	11	12	
(33)	226	●	228	229	230	231	
13	14	15	16	17	18	19	
(34)	233	234	235	236	▼	238	
20	21	22	23	24	25	26	
(35)	240	●	242	243			
27	28	29	30	31			

SEPTEMBRE							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(35)					1	2	
(36)	247	248	249	250	251	252	
3	4	5	6	7	8	9	
(37)	254	●	256	257	258	259	
10	11	12	13	14	15	16	
(38)	261	262	263	264	▼	266	
17	18	19	20	21	22	23	
(39)	268	●	270	271	272	273	
24	25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(40)	275	276	277	278	279	280	
1	2	3	4	5	6	7	
(41)	282	●	284	285	286	287	
8	9	10	11	12	13	14	
(42)	289	290	291	292	▼	294	
15	16	17	18	19	20	21	
(43)	296	●	298	299	300	301	
22	23	24	25	26	27	28	
(44)	303	304					
29	30	31					

NOVEMBRE							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(44)				1	2	3	4
(45)	310	●	312	313	314	315	
5	6	7	8	9	10	11	
(46)	317	318	319	320	▼	322	
12	13	14	15	16	17	18	
(47)	324	●	326	327	328	329	
19	20	21	22	23	24	25	
(48)	331	332	333	334			
26	27	28	29	30			

DÉCEMBRE							*17
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(48)					1	2	
(49)	338	●	340	341	342	343	
3	4	5	6	7	8	9	
(50)	345	346	347	348	▼	350	
10	11	12	13	14	15	16	
(51)	352	●	354	355	356	357	
17	18	19	20	21	22	23	
(52)	359	360	361	362	▼	364	
24	25	26	27	28	29	30	
31							

7085 202 1458

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

- 203** Conformément à la règle 10.2 de l'*Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie*, les honoraires de l'évaluation de fertilité ne peuvent être réclamés par un professionnel qui est désigné à l'article 10.3 de ce même addendum.
- 204** Le nombre d'unités demandé ne correspond pas à celui requis pour l'acte.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer pour des services rendus au Québec.
- 207** Afin de recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Notre service d'assistance aux professionnels peut vous fournir des renseignements à ce sujet.
- 208** Le nombre d'unités ne correspond pas. Vous référer à la section 3.2.6.2 de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous n'êtes pas détenteur d'un certificat en électroencéphalographie et si vous n'êtes pas qualifié également en neurochirurgie.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit au compte administratif (groupe) dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) ne figure pas à nos fichiers.
- 214** Le minimum payable n'est pas atteint en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également dans la spécialité permise pour cet acte (réf. : *Addendum 8 – Ultrasonographie et Protocole II*, règles 8 ou 9 ou notes au tarif, *annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du *per diem*, selon les conditions établies aux articles 1.2 ou 1.3 de l'annexe 15 ou à la *Lettre d'entente A-96, 98 (Brochure n° 1)*, peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur **042**) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 218** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie (réf. : annexes 26 ou 33, article 2.4 ou *Lettre d'entente n° 100*, article 7).
- 219** Conformément à la règle d'application n° 25, la rémunération de cet acte est comprise dans celle de l'acte indiqué en référence.

- 223** Votre statut de résident en médecine ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 224** Conformément à la note sous la rubrique *Excision*, dans la section *Rein* de l'onglet *Urinaire*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **168**.
- 225** Le service facturé ne peut vous être payé, puisqu'il n'est pas assuré (réf. : Loi sur l'assurance maladie, article 3).
- 226** En raison de la règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 227** En raison de la règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 228** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 27.
- 229** Conformément au maximum de la règle d'application n° 27, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 232** La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives, car il a déjà été payé à un autre professionnel.
- 234** En raison de l'application de la règle 24 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 235** En raison de la règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.
- 236** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 23.
- 237** En raison de la règle d'application n° 17, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 238** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 18.
- 240** En raison de la règle d'application n° 19, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 241** En raison de la règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur **072**.
- 242** Conformément au maximum prévu à la règle 5.7 du préambule général.
- 243** La qualité d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- # **244** Conformément au maximum prévu à la règle 15.6 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*.
- 245** En raison de la règle 8.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, en neurochirurgie, les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- 246** En raison de la règle d'application n° 28, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 247** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 25.

- # 248 Conformément aux règles, 15.3, 15.4 ou 15.5 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*, cet acte est inclus dans l'un des actes situés sous la section *Anesthésie en douleur chronique*.
- 249 Conformément à la règle 7 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*, cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 250 Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas inscrit. Voir la section 3.2.3 *Médecin ayant requis des services*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 251 Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas dans nos fichiers. Voir la section 3.2.3 *Médecin ayant requis des services*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 252 Vous ne pouvez facturer ce code d'acte (quote-part), si vous n'êtes pas classé en microbiologie-infectiologie ou en biochimie médicale et si vous n'êtes pas désigné par les parties négociantes.
- 256 Seuls les médecins autorisés peuvent facturer des services avec ce modificateur.
- 257 En raison de l'application de la règle 25 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 258 En raison de l'application de la règle 25 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 259 Selon la note 2 relative à l'évaluation neuro-ophtalmologique, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un neurologue, un neurochirurgien ou un ophtalmologiste.
- 260 Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261 Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas éligible à la date de l'acte.
- 262 La spécialité de classement du médecin référant doit être différente de celle du médecin traitant.
- 263 En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.
- 264 Conformément à la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, la spécialité de classement du professionnel référant doit être la même que celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 265** Conformément à la règle 2.6 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, la spécialité de classement du professionnel référant doit être différente de celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 266** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique).
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*.
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire* et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 273** En raison de la règle 2.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, la visite payable dans le cas d'un patient traité d'urgence a déjà été réclamée.
- 274** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec votre spécialité.
- 275** En raison de l'application de la règle 24 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 276** Conformément à la règle 7 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*, vous ne pouvez facturer cet acte.
- 280** Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 281** Le montant des actes des sections *Cathétérismes veineux* n'est pas comptabilisé dans le cumul du maximum d'honoraires payable pour les services codés **0300** ou **0310**, car ils sont inclus dans le *Cathétérisme cardiaque*.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 283** Seuls les médecins neurochirurgiens ou urologues désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour ces spécialités dans cet établissement.

- 377** En raison de l'application de la règle 27 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 378** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services, selon les dispositions relatives à la rémunération différente et selon les données inscrites sur la ligne de service.
- 379** Le service ne peut être rémunéré, car le numéro de dossier inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* correspond à un numéro de dossier refusé ou inadéquat.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements supplémentaires pour son évaluation.
- 381** Les services ont été refusés car le test, le laboratoire choisi (nom et lieu) ou le numéro de dossier n'ont pas été inscrits dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Veuillez vous reporter à l'avis qui figure à la règle 4 de l'*Addendum 9 - Génétique médicale*.
- 382** Le nombre de personnes traitées n'atteint pas le minimum requis pour cet acte à traitements collectifs.
- 383** Ce code d'acte doit être facturé dans la section *Actes*.
- 384** Ce code d'acte doit être facturé sur plus d'une ligne.
- 386** En raison de la règle 4 du préambule général, la Régie ne peut autoriser cette facturation.
- 392** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395** Cet acte a été analysé par les parties négociantes et il ne sera pas négocié.
- 396** Conformément au tarif prévu par modification pour cet acte récemment négocié.
- 397** Selon la règle d'application n° 35, le maximum payable est dépassé.
- 398** Selon la règle d'application n° 35, le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 399** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 400** Le service non négocié est payé sous le code d'acte indiqué sur votre état de compte et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 401** Le service facturé est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 402** L'acte facturé n'a pas été inclus à l'Entente par décision du ministre de la Santé et des Services sociaux ou de votre Fédération.
- 403** Services non assurés par le régime d'assurance maladie.
- 404** Conformément à la règle 34.4 du préambule général, la réunion clinique multidisciplinaire ne peut être rémunérée avec l'acte indiqué en référence.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 408** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 409** En raison d'un défaut de complètement.

- # 410 Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements liés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée, s'il y a lieu, doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.
- 411 Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 412 Ce code d'acte regroupe un ensemble d'actes et son tarif constitue un maximum.
- 414 L'acte facturé a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415 Acte(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 417 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 2 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.
- 418 Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande de paiement de la part du chirurgien principal.
- # 420 Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée, s'il y a lieu, présente dans l'outil Google Maps.
- 421 Suite à une entente entre les parties négociantes, le service non tarifé est payé sous le code d'acte indiqué mais, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 422 Le service non négocié est inclus dans l'acte indiqué en référence et ce, à la suite d'une entente entre les parties négociantes.
- 423 Suite à une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 424 Le médecin bénéficiant du mode de rémunération mixte n'a pas droit à un supplément d'honoraires pour son travail d'assistance chirurgicale (rôle 4) (réf. : article 9 de l'annexe 38 - *Brochure n° 5*).
- 425 Cet acte fait partie d'un autre acte qui est indiqué en référence.
- 426 Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez l'inscrire dans la case *DISTANCE*.
- 428 Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.

- 433 Certains renseignements des pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.
- 434 Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.
- 435 Selon l'annexe 23, la compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou hélicoptère personnel ou nolisé.
- 436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- 438 Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439 Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440 Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte facturé ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 443 En raison de la règle 1.2 du préambule d'anesthésiologie - *Addendum 8*, l'acte réclamé en rôle 2 est non payable.
- # 444 Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.
- 445 En raison de l'application de la règle 27 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 448 Conformément au maximum prévu à l'*Addendum 3 - Biochimie médicale* ou à l'*Addendum 5 - Microbiologie-Infectiologie*.
- 449 Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 454 Service non assuré en vertu du décret 1374-84 (Chirurgie esthétique).
- 475 Conformément au maximum prévu à la règle 8 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*.
- 476 Conformément au maximum prévu à la règle 8 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 477 Conformément au maximum prévu à la règle 9 de l'*Addendum 6 Obstétrique-gynécologie*.
- 478 Conformément au maximum prévu à la règle 9 de l'*Addendum 6 Obstétrique-gynécologie*, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 479 Conformément au maximum prévu à la règle 10 de l'*Addendum 6 Obstétrique-gynécologie*.
- 480 Conformément au maximum prévu à la règle 10 de l'*Addendum 6 Obstétrique-gynécologie*, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- # 490 En raison de la règle 8.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, la chirurgie bilatérale pratiquée sur le deuxième œil est soumise à l'application du modificateur **013**.
- 491 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 14.

- 492** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n^o 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 493** Le code d'acte est non payable avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, conformément aux maximums prévus aux règles 1 et 2 de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence*. Veuillez vous référer à la règle 3 de cet addendum, s'il y a lieu.
- 496** Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.
- 497** Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de la visite, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 498** Conformément à la note sous la section *Seins* de l'onglet *Peau-Phanères*, cet acte est soumis au modificateur **414**.
- 499** Conformément aux notes de l'onglet *Peau-Phanères* ou de la section *Muscles* de l'onglet *Musculo-Squelettique*, cet acte est soumis au modificateur **014**.
- 500** L'acte est non tarifé. Voir la règle 4 du préambule général du tarif d'honoraires.
- 501** Acte déjà tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour cet acte, conformément à la règle 16 du préambule général.
- 502** Conformément à la règle 4 du préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.
- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 504** Code d'acte payable les week-ends et les jours fériés seulement.
- 505** En raison du libellé de la rubrique *Gastro-entérologie* (Procédés diagnostiques et thérapeutiques), cet acte est soumis à l'application du modificateur **068**.
- 506** Code d'acte payable les fins de semaine seulement.
- 507** La date de sortie de l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 508** Conformément à la règle 5.4 du préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie, cet acte ne peut être réclamé par le même professionnel plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.
- 509** En raison de la règle 8.1 du préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur **050**.
- 510** En raison de la *Lettre d'entente n^o 3 (Brochure n^o 1)*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la *Lettre d'entente n^o 3 (Brochure n^o 1)*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 512** En raison de la règle 22.1 du préambule général, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **075**.
- 513** En raison de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 2 - Pédiatrie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

- 630** Conformément à l'annexe 38 ou 40 (*Brochure n° 5*), seuls les médecins désignés à l'annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.
- 631** Facturation inadéquate du code de forfait demandé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la *Lettre d'entente n° 124 (Brochure n° 1)*.
- 632** Conformément au maximum prévu pour le supplément de durée en raison de l'Addendum 1 (Médecine) ou de la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie).
- 633** Conformément au maximum permis à la *Lettre d'entente n° 13 (Brochure n° 1)*.
- 634** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 - *Chirurgie*, les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.
- 635** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 - *Chirurgie*, les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois (déjà réclamé par un autre professionnel).
- 636** Conformément à la *Lettre d'entente n° 60 (Brochure n° 1)*, cet acte est compris dans l'honoraire global de l'acte indiqué en référence.
- 637** Conformément à la règle 2.8 de l'Addendum 4 - *Chirurgie*, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.
- 638** Selon la *Lettre d'entente A-14 (Brochure n° 1)*, il ne peut être payé plus d'un supplément pour un même tour de garde.
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif (réf. : article 3.1 de l'Addendum 6 - *Hématologie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*).
- 640** Cet acte ne peut être payé, puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'avis relatif à l'acte facturé.
- 641** Selon la *Lettre d'entente n° 75 (Brochure n° 1)*, le code **09893** est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel).
- 642** Facturation inadéquate de l'acte **09278**. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'annexe 27 (*Brochure n° 1*).
- 643** Facturation inadéquate du code de forfait réclamé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la *Lettre d'entente n° 75 (Brochure n° 1)*.
- 644** Facturation inadéquate de l'acte **09280**. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'annexe 28 (*Brochure n° 1*).
- 645** Facturation inadéquate du code d'acte d'intervention de suivi. Veuillez vous référer à la règle 3 de l'Addendum 3 - *Psychiatrie*.
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux renseignements présents dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'annexe 38 ou 40 (*Brochure n° 5*).
- 647** Les unités de durée ne sont pas payables pour cet acte.
- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique *Electrophysiologie*.
- 649** Conformément à l'article 7 de l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), seuls les médecins membres des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.

- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept quantités (dates) par ligne peut être inscrit dans la section *Visites*.
- # **652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un NAM fictif.
- 653** Conformément au maximum d'honoraires payable pour l'ensemble des services médicaux de la section *Résonance magnétique - Cardiaque* lors de la même séance.
- 654** Ajustement d'intérêt.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Facturation inadéquate de l'un des actes de « supplément de garde ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation suivant l'annexe 25 (*Brochure n° 1*).
- 658** Facturation inadéquate de l'acte **09140**. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'annexe 10 (*Brochure n° 1*).
- 659** Service(s) non rémunéré(s) à la suite de la décision de la CSST.
- 660** Seuls des codes d'acte de traitements collectifs peuvent être facturés sur la même demande de paiement.
- 661** La date de l'accident ou de l'événement exigée pour des services imputables à la CSST est absente ou invraisemblable.
- 662** Les demandes de paiement pour les services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST doivent porter les indications suivantes :
- La lettre « **S** » dans la case *C.S.* et la date de l'événement ou de l'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case *C.S.*
- 664** Le nombre de jours inscrit dans la case *NOMBRE* ne correspond pas aux quantités (dates) mentionnés dans la case *JOUR*. Voir la section 3.2.8 *Visites*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 667** Le code d'acte utilisé ne correspond pas aux renseignements présents dans nos fichiers concernant le remplacement d'un médecin effectué en vertu de l'annexe 26 ou 33 (*Brochure n° 1*). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 669** Dans la section *Visites*, les honoraires demandés doivent être inférieurs à 1 000 \$ par ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 842** En psychiatrie, seules sont payées les assignations pour une garde dans un centre hospitalier situé à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec (réf. : annexes 25, 26 ou 33 dans la *Brochure n^o 1*).
- 843** Conformément à la *Lettre d'entente n^o 95 (Brochure n^o 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 844** Conformément à la *Lettre d'entente n^o 96 ou 123 (Brochure n^o 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 845** Les services réclamés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'annexe 36 doivent être dispensés dans l'établissement visé à l'avis de désignation présent dans nos fichiers à la date de service.
- 846** Conformément à la *Lettre d'entente n^o 124 (Brochure n^o 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : annexes 38 ou 40 - *Brochure n^o 5*).
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 858** Conformément à la *Lettre d'entente n^o 122 (Brochure n^o 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 859** Conformément à la *Lettre d'entente n^o 102 (Brochure n^o 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 861** Conformément à la *Lettre d'entente n^o 112 (Brochure n^o 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 862** Conformément à la règle 27 du préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 866** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis de désignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour ce modificateur. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 870** Conformément à l'article 8.6 de l'annexe 38 (*Brochure n^o 5*), le médecin spécialiste qui facture le montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut demander le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 871** Ce service ne doit pas être refacturé. Conformément à l'article 11.1 de l'annexe 38 (*Brochure n^o 5*) ou à l'article 7.1 de l'annexe 40 (*Brochure n^o 5*), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* ou un montant forfaitaire au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés au cours de la même période.
- 872** Conformément à l'article 12.1 de l'annexe 38 (*Brochure n^o 5*), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2 de cette même annexe. Ce service ne doit pas être refacturé.

- 873** Ce service ne doit pas être refacturé. Conformément à l'article 14.1 de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*) ou à l'article 10.1 de l'annexe 40 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* ou un montant forfaitaire au cours d'une journée travaillée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré dans un autre hôpital pour des services médicaux dispensés au cours de la même période, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également dans cet autre hôpital.
- 874** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste en anesthésiologie qui facture un supplément d'honoraires de 70 %, entre 7 h et 17 h, dans un des centres de douleur chronique ne peut demander le paiement d'un autre supplément d'honoraires au cours de cette période de 7 h à 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 875** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), en Obstétrique-Gynécologie, ces actes ne sont pas payables entre 7 h et 17 h une journée où le médecin exerce en cabinet privé et doit se rendre d'urgence à l'établissement. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 876** Conformément à l'article 4.2 de l'annexe 10, le médecin qui réclame le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu à l'annexe 25 ne peut réclamer le paiement de la prime de garde prévue à l'article 3.1 (*Brochure n° 1*). Ce service ne doit pas être refacturé.
- 880** Service révisé à la suite de l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 883** Conformément au maximum prévu à l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), les honoraires de ce service ne sont pas payables.
- 884** Conformément au maximum prévu à l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), les honoraires de ce service ne sont pas payables car facturés par un autre professionnel.
- 885** Selon les annexes et les lettres d'entente régissant la garde en disponibilité, un seul supplément de garde est payable le même jour.
- # 892** Service modifié ou révisé à la suite d'une évaluation médicale par la Régie et selon les renseignements fournis. Aucune refacturation n'est acceptée pour ce service. Seule une demande de révision peut être présentée accompagnée des renseignements complémentaires qui justifient votre facturation.
- 900** Demande de paiement annulée à la suite de votre demande.
- 901** L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement ou document non dûment signé.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 907** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section *Prévalidation* du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 908** Il y a recouvrement du pré paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 912** Selon la règle 15 de l'*Addendum 4 – Chirurgie*, ce supplément est payable uniquement s'il est accompagné d'une chirurgie qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2).
- 914** Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 917** Cet acte est payable une seule fois par accident de travail ou par récurrence, rechute ou aggravation suite à une consolidation (RRA).
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire 1549.
- 923** Consécutivement à une appréciation d'ordre administrative, le forfait de la garde multi-établissements réclamé est remplacé par celui de la garde locale (art. 7.3 de l'annexe 25).
- 924** Les honoraires de la garde multi-établissements ne sont pas payables. Selon les renseignements obtenus auprès d'un des établissements, la garde locale pour cette discipline y a été effectuée par un autre professionnel. S'il y a lieu, vérifier et refacturer les honoraires d'une garde locale pour cette discipline et cet établissement au cours de cette journée (art. 7.2 de l'annexe 25). Cependant, si vous croyez avoir droit à une garde multi-établissements, aucune refacturation n'est possible. Seule une demande de révision est possible.
- 925** À la suite des communications antérieures.
- 926** Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.

- 936** Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.
- 937** Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.
- 938** Service déjà réclamé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire, ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres, est manquant ou est erroné. Voir la section 3.2.2, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 941** Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est manquant ou erroné. Voir la section 3.2.5, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 942** La date des services est manquante, incomplète ou erronée. Voir la section 3.0, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 944** Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul dans la section *Actes* de la demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié à la suite d'une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960** Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.
- 965** En raison de l'article 3 à l'annexe 41 portant sur le mode de rémunération exclusif, le code d'acte est non payable en regard du forfait quotidien de douleur chronique ou du forfait de prise en charge de patient. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 966** En raison de la note sous l'acte **09433**, le code d'acte est non payable le même jour que l'angioplastie transluminale, en regard de celui indiqué en référence.
- 967** En raison de la note sous l'acte **09433**, le code d'acte est non payable le même jour que l'angioplastie transluminale, en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

- 968 En raison de la règle 1 (règle 2 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 1 - Médecine*, le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis, le code d'acte est **non payable** s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les enseignements inscrits à l'avis.
- 971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 974 En raison de la règle 11 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence.
- 975 En raison de la règle 11 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 981 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis. Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.
- 982 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- # 996 Selon l'information que nous détenons, le service facturé ne répond pas aux conditions prévues par les mesures transitoires et finales. Veuillez vous référer à l'infolettre 265 du 4 février 2016 pour connaître les conditions d'admissibilité et nous fournir des renseignements additionnels par le biais d'une demande de révision, s'il y a lieu.

- 997** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section *Règlement* du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 998** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.
Dossier assujetti aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

RÈGLE D'APPLICATION N° 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

Certaines chirurgies pratiquées au cours d'une même séance sont comprises dans le tarif de la chirurgie principale, si elles touchent le même oeil.

Ces chirurgies sont :

- + 07801 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie
 - + 07802 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie
 - 07051 Sphinctérotomie
 - 07052 Synéctomie irienne (corélyse)
 - 07137 Iridectomie périphérique ou complète
- S
- 07814 Corectopie
 - 07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire
 - 07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction
 - 07330 Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

CHIRURGIES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MULTIPLES AU COURS D'UNE SÉANCE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

En obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques apparaissant sous la rubrique Obstétrique-gynécologie et des chirurgies pratiquées au cours de la même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique *Obstétrique-gynécologie*, l'insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non, l'exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non lorsque effectué au cours de la même séance que l'insertion d'un nouveau dispositif intra-utérin hormonal ou non, la biopsie de l'endomètre, les chirurgies digestives et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'hystérocopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie, cystorraphie pour rupture de la vessie, uréthro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique, colposacropexie avec bande ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre *Gynécologie* sous les rubriques *Vulve et orifice inférieur du vagin* et *Divers*. Également, lorsque l'acte « urétropexie, toutes techniques », est effectué, cet acte est toujours payé à demi-tarif (MOD=50) et, parmi les autres actes effectués au cours de la même séance, celui dont le tarif est le plus élevé est alors payé à plein tarif.

De plus, nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie, lorsqu'un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par ce médecin est également payée à plein tarif.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

RÈGLE D'APPLICATION N° 6

Les prestations de soins suivantes ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence :

- Examen du nouveau-né normal.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.

S

- + - Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire (services médicaux codés 41040, 41041, 41042, 41043, 41051, 41052, 41053 et 41054).
- + - Anesthésie en douleur chronique (services médicaux codés 41055, 41056, 41057, 41058 et 41059).
- Anesthésie en soins palliatifs – visite de suivi, par jour (services médicaux codés 41023 et 41024).
- Anesthésie en soins palliatifs – Tournée des malades le week-end (services médicaux codés 41025 et 41028).
- Soins de ventilation – Niveau I – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00927 et 41029).
- Soins de ventilation – Niveau II – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00991 et 41030).
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- + - Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire (sauf pour les honoraires d'anesthésie)).
- + - Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, pulmonaire ou cardio-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire.
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

- Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles.
 - + - En cardiologie, le supplément à la visite principale, si médecin traitant pour patient admis en urgence (service médical codé 15703).
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 7

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

- + Pour le médecin classé en chirurgie thoracique ou en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, les visites préopératoires sont comprises dans le tarif de la chirurgie, sauf celles qui sont faites plus de 90 jours avant la chirurgie. Toutefois, les évaluations préopératoires (codes d'acte 15382, 15383, 15384 et 15385) sont payables en sus de la chirurgie, si effectuées dans les 90 jours précédents.

Aux fins d'application de cette règle, les chirurgies visées sont celles apparaissant au chapitre SYSTÈME CARDIAQUE, sous les rubriques Actes généraux, Cœur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire, thoracique. Sont également visées les chirurgies codées 04662, 04677 et 04688.

RÈGLE D'APPLICATION N° 8

URGENCES

Le médecin spécialiste qui voit un malade aux urgences, est payé suivant la tarification des visites en externe.

Toutefois, on lui accorde le tarif de l'hospitalisation s'il s'agit d'un malade qui séjourne aux urgences en attendant d'être dirigé aux étages.

La visite principale aux urgences donne droit au supplément de la consultation, aux conditions établies au préambule général.

RÈGLE D'APPLICATION N° 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du fœtus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier ou dans un autre établissement désigné par les parties négociantes.

Le médecin qui pratique un avortement thérapeutique dans un établissement désigné par les parties négociantes a également droit au paiement de l'honoraire prévu à la règle 28 du préambule général lorsqu'il procède à une sédation-analgésie.

Aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement pratiqué en cabinet privé; il en est de même pour les soins qui y sont reliés, donnés par le médecin avorteur.

- # **AVIS :** *Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes 06137, 06909 et 06949, utiliser le code d'acte 70007;*
 - inscrire le rôle 1;
 - les honoraires de 40 \$.
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 10

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

Lorsqu'une échographie pelvienne et une échographie obstétricale sont pratiquées le même jour, un seul examen est payé : on applique alors l'honoraire plus élevé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 11

TOMODENSITOMÉTRIE

11.1 En tomodensitométrie, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas de tomodensitomètre ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

11.2 Le médecin radiologiste ne peut réclamer le paiement de plus d'un examen de tomodensitométrie par région anatomique, par patient, par établissement, par jour.

Cette règle ne s'applique pas dans les établissements désignés par les parties négociantes.

RÈGLE D'APPLICATION N° 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

En résonance magnétique, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas d'appareil de résonance magnétique ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

RÈGLE D'APPLICATION N° 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

Les services médicaux « Mesure de la densité osseuse : ostéodensitométrie radiologique DXA » (codes 08243, 08245 et 08246) et « Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA » (code 08247) ne peuvent être pratiqués que sur indications médicales précises.

AVIS : *Consigner les indications médicales précises dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Un seul honoraire de consultation et, le cas échéant, de laboratoire pour ces examens est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de ces examens n'est exigible qu'une fois par période de 12 mois, par patient. Toutefois, sur indication médicale particulière (tels stéroïdes à haute dose, biphosphonates, greffés rénaux, hémodialyse, polytraumatisés neurologiques), il peut être exigible à tous les six mois au cours des 18 premiers mois.

AVIS : *Consigner les indications médicales particulières dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Pour donner ouverture au paiement de l'honoraire de consultation, le médecin radiologiste doit ajouter un rapport écrit au rapport informatisé produit par le logiciel de l'appareil.

Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale (code 08042), bassin 1 incidence (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée (code 08059) et hanche unilatérale – 2 incidences ou plus (code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants dans le même établissement, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

AVIS : *Consigner les indications cliniques spécifiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

L'ostéodensitométrie isotopique ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises.

En médecine nucléaire, un seul honoraire de l'examen de l'ostéodensitométrie isotopique est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de l'ostéodensitométrie isotopique n'est exigible qu'une fois par année par patient, sauf pour contrôler un traitement pour ostéoporose où la limite est de 2 par année.

RÈGLE D'APPLICATION N° 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiques (08660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du cœur (08702) sont pratiquées le même jour, seul le paiement d'une ou des tomographies peut être exigé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

En oto-rhino-laryngologie, un médecin ne peut réclamer qu'un seul honoraire de visite par jour, par patient, en clinique externe et en cabinet privé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 19

CARDIOLOGIE

1. En cardiologie, aucun honoraire de visite n'est exigible en cabinet privé ou en clinique externe pour un patient lorsqu'une échographie cardiaque a été payée au même médecin, pour le même patient, le même jour.

Toutefois s'il fait, le même jour, une consultation en clinique externe et une échographie cardiaque et s'il rédige un rapport de consultation en plus du rapport spécifique sur l'échographie, le médecin a droit au paiement de la consultation et à 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.

AVIS : *Utiliser le modificateur 072 pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.*

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques foetaux, l'échocardiographie foetale, l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne, l'échographie intracoronarienne de même qu'à l'enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires par voie endovasculaire.

- + Cette règle ne s'applique également pas au service médical « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » (code 08303), lorsque ce service donne droit au paiement d'un supplément de télémedecine en vertu du Protocole concernant la télémedecine et qu'il est effectué auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

AVIS : *Inscrire le modificateur 431 dans la case MOD.*

Cette règle ne s'applique également pas à la visite principale ou la visite de contrôle effectuée en clinique externe, lorsque réclamée le même jour qu'une échographie cardiaque codée 08304, 08341 ou 08380.

2. En cardiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie » (code d'acte 20506) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du préambule général de l'annexe 4.

Également, la présente règle ne s'applique pas lorsque l'un de ces services médicaux est dispensé, suite à un transfert du patient d'un établissement effectuant déjà de l'angioplastie, dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie et qui est désigné par les parties négociantes.

4. *Abrogé.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (codes 09152 et 15010), des tournées des malades le week-end (codes 09161 et 15011) et des visites de suivi oncologique (codes 09012 et 15009) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, au total pour l'ensemble.

En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par période de sept jours, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la visite principale effectuée en urgence à la clinique externe pour un patient qui aurait autrement été référé à la salle d'urgence.

AVIS : *Inscrire le modificateur 416 pour signifier qu'il s'agit d'une visite principale effectuée en urgence à la clinique externe.*

En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 416 pour signifier qu'il s'agit de la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.*

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

RÈGLE D'APPLICATION N° 36

PHYSIATRIE

Abrogé.

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

Le procédé « Blocage d'un nerf somatique », code 00255, est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

En cabinet privé, les services médicaux « Électroencéphalogramme de base » (code 00347) et « Electroencéphalogramme de sommeil » (code 00752) sont sujets à un plafonnement d'activités total de 375 par semestre, pour les deux.

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le nombre de visites prénatales faites par un médecin, est sujet au plafonnement d'activités de 12 par grossesse pour une grossesse normale.

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

Le procédé « blocage paravertébral de nerf somatique » (code 00267) est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.5 PA 13. Microbiologie

+ *Abrogé.*

+ 2.6 PA 17. Ophtalmologie

Pour le médecin classé en ophtalmologie, on applique les plafonnements suivants :

1. Le service médical « Bilan orthoptique : Enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme » (code 00579) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 750 par semestre.

2. Un plafonnement d'activités de 500 par semestre au total pour les deux services médicaux suivants : « Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure » (code 07227) et « Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal » (code 07261).

Pour le surplus, le médecin est payé à 85 % du tarif.

3. Le service médical « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction » (code 07331) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 000 par semestre.

Pour le surplus, le médecin est payé à 80 % du tarif jusqu'à concurrence de 1 500. Au-delà de 1 500, le médecin est payé à 60 % du tarif.

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code **08348**), « Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du colon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code **08365**) et « Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient » (code **08370**) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les trois. Les services en surplus sont payés au quart du tarif, incluant les suppléments applicables à ces services, le cas échéant.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer.

AVIS : *Inscrire le modificateur 178 dans la case MOD pour signifier qu'il s'agit de services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.*

2.20 PA 37 Anatomopathologie

Abrogé.

2.21 PA 38 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement d'activités de 27 100 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardio-vasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

Autres plafonnements d'activités

D'autres plafonnements d'activités sont introduits à l'Accord-cadre. Sont notamment considérés comme plafonnements d'activités les plafonnements apparaissant aux addendums 5 et 6 de l'Annexe 5.

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE**PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX**

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il est souhaitable pour les professionnels qui facturent des services en laboratoire au moyen de la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606) de soumettre une demande de paiement dont la période coïncide avec la date de fin de semestre, soit le 30 juin ou le 31 décembre de chaque année. Faute de quoi, la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés pour la période chevauchant la date de fin d'un semestre.*

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

3.1.1 On applique aux médecins spécialistes classés en santé communautaire, en biochimie et en psychiatrie le plafonnement global de gains de pratique suivant pour chacun des semestres d'une année civile.

Spécialité	Montant
Santé communautaire	256 600 \$
Biochimie	235 500 \$
Psychiatrie	351 000 \$

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.1.2 Les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'annexe 19.

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 264 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.2.2 Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés en santé communautaire ou en biochimie.

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 243 300 \$ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 320 600 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 371 900 \$ par année civile.

3.2.3 Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

- + Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie, au médecin classé en génétique médicale et au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient pas compte des gains de pratique en établissement. Pour le médecin classé en microbiologie-infectiologie, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant du supplément de consultation et de la visite principale qui s'y rattache. Pour le médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du préambule général de l'annexe 5.

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.2.4 Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'annexe 19 n'est toutefois pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

- + **3.2.5** Pour le médecin classé en microbiologie ou en génétique médicale, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du préambule général de l'annexe 5 ne sont pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

3.2.6 Aux fins de l'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique Procréation assistée de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique Urologie – D) Procréation assistée de l'onglet Procédés diagnostiques et thérapeutiques, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

3.3 Divers

3.3.1 Le médecin spécialiste classé en psychiatrie ne peut être touché que par l'un ou l'autre des plafonnements mentionnés ci-dessus, selon le premier qui trouve application.

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 278 100 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 108 500 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 147 800 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous la rubrique *Chirurgie générale*;
- ii) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline* et *Divers*;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie*;
- iv) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler aux fins de diagnostic*.

3.10 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 174 400 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* ainsi que des services apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, à la rubrique *Néphrologie* sous la section *Dialyse*.

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

3.11 PG 10 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 119 700 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline*, *Divers* et *Chirurgie vasculaire*, exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;
- ii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie*;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler aux fins de diagnostic*.

3.12 PG 11 Hématologie-oncologie médicale

Pour le médecin classé en hématologie-oncologie médicale, les majorations d'honoraires payables en vertu des Règles 23.8 et 32 du préambule général de l'annexe 4 pour un patient de moins de 18 ans ou pour un patient de 70 ans et plus ne s'appliquent plus, au cours d'une année civile, lorsque les gains de pratique du médecin, incluant ces majorations, excèdent 500 000 \$ au cours de cette année. Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique du médecin prévus au *Tarif de la médecine de laboratoire*.

INDEX

Page

DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL	A-3
Règle 1 - Paiement	A-3
Règle 2 - Frais de pratique	A-3
Règle 3 - Enseignement clinique	A-3
Règle 4 - Tarification nouvelle	A-3
Règle 5 - Visites	A-4
Règle 6 - Malade dirigé	A-7
Règle 7 - Thérapie de communication	A-8
Règle 8 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	A-8
# Règle 9 - Surveillance	A-9
Règle 10 - Soins simultanés	A-9
Règle 11 - Réanimation cardio-respiratoire	A-9
# Règle 12 - Honoraire global	A-10
# Règle 13 - Remboursement des frais de déplacement	A-10
Règle 14 - Soins d'urgence	A-10
Règle 15 - Tournée des malades le week-end	A-12
Règle 16 - Honoraire additionnel	A-13
Règle 17 - Tarif de la pratique en établissement	A-13
Règle 18 - Visite à domicile	A-13
Règle 19 - Rapports médicaux	A-14
Règle 20 - Déclaration de décès	A-14
Règle 21 - Classification	A-14
Règle 22 - Pratique hors discipline	A-15
Règle 23 - Procédés et chirurgies pédiatriques	A-15
Règle 24 - Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie	A-16
# Règle 25 - Procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie	A-17
Règle 26 - Visite d'un malade atteint d'un cancer	A-17
# Règle 27 - Procédés et chirurgies en urologie	A-18
Règle 28 - Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional	A-18
# Règle 29 - Majoration pour certaines pathologies	A-19
# Règle 30 - Visites, procédés et chirurgies en chirurgie orthopédique	A-28
# Règle 31 - Visites, procédés et chirurgies en neurochirurgie	A-28
# Règle 32 - Visites et procédés diagnostiques et thérapeutiques en hématologie-oncologie médicale	A-28
# Règle 33 - Constat de décès à distance	A-29
# Règle 34 - Réunion clinique multidisciplinaire	A-29
# Règle 35 - Communication par l'intermédiaire d'un interprète	A-31
#SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-32
#SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-36
#DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA	A-37
#DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-39

#SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION	A-41
#SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	A-42
#TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-44

- + **8.5** Toutefois, en dermatologie, lors du traitement de l'hyperhydrose palmo-plantaire, les injections de toxine botulique effectuées sur chaque paume ou plante supplémentaire sont payées au tarif régulier lorsque exécutées lors d'une même séance (code 20144).
- + **8.6** Toutefois, en rhumatologie, le service médical « recherche de cristaux » (code 09402) est payé au plein tarif lorsque exécuté lors d'une même séance qu'une autre procédure.

RÈGLE 9. SURVEILLANCE

9.1 Le médecin spécialiste qui doit veiller sur un malade en raison de la gravité de son état, a droit au paiement d'honoraires de surveillance, à l'exception du médecin classé en médecine interne ou en médecine d'urgence, pour lequel, sous réserve de la règle 9.3, l'honoraire de surveillance est inclus dans le tarif du service associé.

La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin spécialiste interrompt toute autre activité clinique.

Le médecin spécialiste ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps.

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

Une surveillance comporte une durée de trente minutes; si elle se prolonge, on compte chaque période additionnelle de quinze minutes.

La tarification est de 39 \$ par période.

AVIS : Voir le code d'acte **00080** à la section DIVERS sous l'onglet B - Tarification des visites.

Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins donnés pendant une période de surveillance.

9.3 Le médecin spécialiste qui pratique la surveillance d'un malade pendant un transfert ambulancier inter-hospitalier, a droit au paiement d'honoraires majorés; on double alors le tarif de la surveillance.

AVIS : Voir le code d'acte **09246** à la section DIVERS sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 10. SOINS SIMULTANÉS

10.1 À l'occasion de soins simultanés, chaque médecin spécialiste est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

RÈGLE 11. RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

11.1 Le médecin spécialiste qui intervient lors d'une réanimation cardio-respiratoire, a droit au paiement d'un honoraire de 78 \$.

S'y ajoute, lorsque son intervention dure plus de quinze minutes, une majoration de 78 \$ pour le quart d'heure qui suit, et de 39 \$ par quart d'heure additionnel.

AVIS : Voir les codes d'acte **09403** à **09405** sous l'onglet C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques.

RÈGLE 12. HONORAIRE GLOBAL

12.1 Le premier médecin spécialiste intervenant peut seul demander paiement, si le tarif prévoit un honoraire global.

L'addendum de chirurgie prévoit une dérogation dans le cas du chirurgien qui confie la responsabilité des soins post-opératoires, pendant l'hospitalisation du malade.

RÈGLE 13. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

13.1 On s'en reporte aux dispositions de l'annexe 23 pour ce qui est des frais de déplacement et de séjour.

RÈGLE 14. SOINS D'URGENCE

La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés en médecine, en chirurgie et en anesthésiologie dans les centres hospitaliers de courte durée.

Elle ne s'applique pas au médecin spécialiste qui voit des malades comme médecin de première ligne aux urgences de l'établissement.

14.1 Le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés.

L'horaire de garde s'entend : en semaine, de la période comprise entre 19 heures et 7 heures, du week-end et des jours fériés.

AVIS : *En rémunération mixte, se reporter à l'article 4.2 de l'annexe 38 - Brochure n° 5*

14.2 La majoration d'honoraires est de 150 % pour les soins donnés entre minuit et 7 h; elle est de 70 %, pour le reste de l'horaire de garde.

Pour déterminer la majoration, on retient : l'heure du début de la visite ou de la chirurgie; en obstétrique, l'heure de la naissance.

AVIS : *Voir la section 3.2.6.5 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

- MÉDECINE ET CHIRURGIE

MOD=018 :

SOIR, du lundi au vendredi de 19 h à 24 h, majoration de 70 %

MOD=017 :

NUIT, de 0 h à 7 h, majoration de 150 %

MOD=019 :

WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 24 h, majoration de 70 %

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

RÈGLE 22. PRATIQUE HORS DISCIPLINE

22.1 Le médecin spécialiste qui donne des soins pour lesquels il n'a pas qualification de spécialiste, est payé pour ses visites suivant la tarification de la pratique hors discipline et pour ses autres prestations, aux trois quarts du tarif.

AVIS : *Pour tous les services effectués au cours d'une visite hors discipline, utiliser le modificateur 075.*

Cette disposition ne s'applique pas aux urgences auxquelles le médecin spécialiste répond pendant qu'il est de garde, en centre hospitalier.

Également, cette disposition ne s'applique pas aux visites effectuées par le médecin classé en médecine d'urgence, lesquelles demeurent rémunérées selon la tarification applicable dans cette discipline.

RÈGLE 23. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

23.1 En centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention PG-23. Cette majoration ne s'applique toutefois pas en anesthésiologie. (MOD=060)

Toutefois, en chirurgie générale, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 5 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé. Ces procédés ou chirurgies sont également identifiés par la mention PG-23.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 417.*

23.2 Toutefois, en ophtalmologie, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des chirurgies, visites ou procédés diagnostiques et thérapeutiques pratiqués chez un enfant de moins de 6 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 196.*

+ Également, on majore de 40 % les honoraires prévus au tarif des visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou des chirurgies pratiqués chez un enfant de 6 ans à 10 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 418.*

23.3 Toutefois, en chirurgie plastique, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des actes codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357, lorsque pratiqués chez un enfant de 14 ans ou moins, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 197.*

23.4 Toutefois, en microbiologie-infectiologie, on majore de 10 % les honoraires prévus pour les visites principales, les suppléments de consultation et les visites de contrôle effectués en centre hospitalier de courte durée chez un patient de 6 ans ou moins.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 419.*

23.5 Toutefois, en oto-rhino-laryngologie, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou des chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 420.*

23.6 Toutefois, en dermatologie, on majore de 30 % les honoraires prévus au tarif des visites, des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou des chirurgies pratiqués chez un patient de 5 ans ou moins, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur **421**.

+ **23.7** Toutefois, en gastro-entérologie, on applique les majorations suivantes selon l'âge du patient :

- Pour un patient de moins de 11 ans, on majore du quart les honoraires prévus au tarif des procédés diagnostiques et thérapeutiques et des chirurgies pratiqués en établissement ou en cabinet privé. Également, on majore du quart les honoraires prévus au tarif des visites effectuées en cabinet privé et de 34 % les honoraires prévus au tarif des visites effectuées en établissement.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires pour les chirurgies, les visites en cabinet privé et les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le modificateur **422**.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires pour les visites en établissement, utiliser le modificateur **161**.

+ • Pour un patient de 11 à 15 ans, on majore de 15 % les honoraires prévus au tarif des visites effectuées en cabinet privé et de 9 % les honoraires prévus au tarif des visites effectuées en établissement.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires pour les visites en cabinet privé, utiliser le modificateur **162**. Pour les visites en établissement, utiliser le modificateur **163**.

+ • Pour un patient de 16 ou 17 ans, on majore de 9 % les honoraires prévus au tarif des visites effectuées en établissement.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur **164**.

23.8 Toutefois, en hématologie-oncologie médicale, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des visites ou des procédés diagnostiques et thérapeutiques pratiqués chez un patient de moins de 18 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur **423**.

RÈGLE 24

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

T Pour le médecin classé en ophtalmologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 250 \$, sont majorés à 250 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS : Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur **070**.

**RÈGLE 25.
VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 63 \$, sont majorés à 63 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 142.*

**RÈGLE 26.
VISITE D'UN MALADE ATTEINT D'UN CANCER**

26.1 Pour le médecin classé en chirurgie générale ou en chirurgie vasculaire, on majore de 80 % l'honoraire des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale d'un malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.

Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation), sauf lors de la première consultation avec prise en charge du patient où cette majoration s'applique alors à la fois à l'honoraire de la visite principale et du supplément de consultation.

AVIS : *Utiliser le modificateur 143 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

26.2 Pour le médecin classé en CCVT, on majore de 80 % l'honoraire des visites principales et des visites de contrôle effectuées en externe, en hospitalisation ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale et de la visite de contrôle d'un malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.

Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation).

AVIS : *Utiliser le modificateur 194 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

26.3 Pour le médecin classé en hématologie ou en oncologie médicale, on majore de 30 % l'honoraire des visites principales effectuées en externe pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale d'un malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.

AVIS : *Utiliser le modificateur 195 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation).

RÈGLE 27. PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

- T Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls dont le tarif est de moins de 300 \$, sont majorés à 300 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 167.*

RÈGLE 28. SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL

En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en chirurgie générale, en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique, en dermatologie, en médecine interne, en médecine d'urgence, en néphrologie, en neurologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie, en pédiatrie ou en radio-oncologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (sauf le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un procédé diagnostique et thérapeutique ou un acte chirurgical identifié par la mention PG-28 soit effectué, a droit à un honoraire de 40 \$.

- # **AVIS :** *Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé pour ces codes d'acte.*
- Pour le médecin classé en pédiatrie :
Utiliser le code d'acte 70002 pour la facturation relative aux codes d'acte 00234, 00249 et 00863. Pour les autres codes d'acte, utiliser le code d'acte 70000.
 - Pour le médecin classé en médecine d'urgence :
Utiliser le code d'acte 70006 pour la facturation du PG-28 relative à la facturation des codes d'acte 00746, 00777, 01011, 01015, 01215, 01216, 05144, 06062 et 07068. Pour les autres codes d'acte, utiliser le code d'acte 70000.
 - Pour les autres spécialités sauf la chirurgie générale :
Utiliser le code d'acte 70000.
- + On entend par bloc régional, un bloc nerveux d'au moins un ou plusieurs nerfs majeurs, tels que définis à la règle 2 de l'Addendum 7 – Microchirurgie. Cette règle stipule que les nerfs majeurs incluent tous les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré (tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sciatique poplitée externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané) ainsi que les nerfs crâniens.
- # **AVIS :** *Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé pour ce code d'acte.*
- Pour le médecin classé en chirurgie générale :
Utiliser le code d'acte 70005.

Les éléments des plexus tels que racine, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

Toutefois, pour le médecin classé en chirurgie générale, cet honoraire ne s'applique que sur les services médicaux codés 00276, 00493, 00495, 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 02383, 04758, 04759, 05044, 05050, 05052, 05054, 05144, 05248, 05404, 05455, 05462, 05468, 05471, 05477, 09337 et 20127 identifiés par la mention PG-28.

AVIS : *Inscrire s'il s'agit d'une sédation-analgésique, d'un bloc veineux ou d'un bloc régional dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. S'il s'agit d'un bloc régional, veuillez spécifier le type de bloc.*

Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé pour ce code d'acte.

- Pour le médecin classé en chirurgie générale :
Utiliser le code d'acte **70005**.

RÈGLE 29.

MAJORATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES

29.1 En rhumatologie, les honoraires des visites principales et des suppléments de durée en cabinet, en hospitalisation et en externe sont majorés de 15 %, pour le suivi d'un patient atteint d'une pathologie spécifiée par les parties négociantes.

Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 065.*

Inscrire la pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

Celle-ci doit obligatoirement faire partie de la liste suivante :

- 446.0 Périartérite noueuse
- 446.1 Fièvre cutanéomuqueuse et ganglionnaire
- 446.2 Angéite allergique
- 446.3 Granulome malin de la face
- 446.4 Granulomatose de Wegener
- 446.5 Artérite à cellules géantes
- 446.6 Purpura thrombocytopénique thrombotique
- 446.7 Maladie de Takayashu
- 446.9 Périartérite noueuse et affections apparentées – sans précision
- 447.6 Artérite – sans précision, sauf 437.4-414.8-446.7-440
- 696.0 Arthropathie psoriasique

710 Maladies disséminées du tissu conjonctif, sauf 446

- 710.0 Lupus érythémateux aigu disséminé, sauf 695.4
- 710.1 Sclérodémie progressive, sauf 701.0
- 710.2 Syndrome de Gougerot-Sjogren
- 710.3 Dermatomyosite
- 710.4 Polymyosite
- 710.8 Maladies disséminées du tissu conjonctif - autres
- 710.9 Maladies disséminées du tissu conjonctif – sans précision

711 Arthropathies associées à des infections, sauf 390

- 711.0 Arthrite à bactéries pyogènes
- 711.1 Arthropathies au cours du syndrome de Reiter et affections apparentées
- 711.2 Arthropathies au cours du syndrome de Behçet
- 711.3 Arthropathies associées à des infections intestinales
- 711.4 Arthropathies associées à d'autres maladies bactériennes
- 711.6 Arthropathies associées à des mycoses
- 711.7 Arthropathies associées aux helminthiases
- 711.8 Arthropathies associées à d'autres maladies infectieuses et parasitaires, sauf 135-713.7
- 711.9 Arthrite infectieuse – sans précision
- 713.0 Arthropathies associées à d'autres affections endocriniennes et métaboliques, sauf 713.7-712-713.5
- 713.1 Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses
- 713.2 Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 713.6
- 713.3 Arthropathies associées à des affections dermatologiques
- 713.4 Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711
- 713.5 Arthropathies associées à des affections neurologiques
- 713.6 Arthropathies associées à une réaction d'hypersensibilité, sauf 716.2

714 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires, sauf 720-390

- 714.0 Arthrite rhumatoïde
- 714.1 Syndrome de Felty
- 714.2 Autres arthrites rhumatoïdes avec atteinte viscérale
- 714.3 Polyarthrite chronique juvénile
- 714.4 Arthrite rhumatoïde de Jaccoud
- 714.8 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires - autres
- 714.9 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires – sans précision

720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires

- 720.0 Spondylarthrite ankylosante
- 720.2 Sacro-iléite, non classée ailleurs
- 720.8 Autres spondylopathies inflammatoires
- 720.9 Spondylopathies inflammatoires – sans précision

725 Pseudo-polyarthrite rhizomélique

- 725.9 Pseudo-polyarthrite rhizomélique – sans précision

29.2 En médecine interne, l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majoré de 15 % lorsque le patient est traité par le médecin spécialiste en médecine interne pour une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes. Cette deuxième pathologie doit être dans un système anatomique différent de celui de la première pathologie.

Sont également visés par cette majoration de 15 %, les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 067.*

Inscrire le code de diagnostic de la première pathologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et celui de la deuxième pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC (un code de diagnostic à 5 chiffres doit obligatoirement être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES).

Cette deuxième pathologie donnant droit à la majoration, doit obligatoirement faire partie de la liste suivante et être dans un système anatomique différent de la première pathologie :

Neurologie :

1. Maladie neuro-dégénérative

290.4	Démence vasculaire
290.0 ou 290.1 + 331.0	Démence type Alzheimer (DTA)
290.8	Démence mixte
332.0	Parkinson
293.0 - 293.9 ou 297.0 - 297.9	Delirium
340.9	Sclérose en plaques

2. Maladie neuro-vasculaire

430.9 - 438.9 (sauf 435)	AVC
435.9	ICT
780.2	Syncope
346.0 - 346.9	Migraine
780.4 ou 386.0 - 386.9	Vertige
458.0	Hypotension orthostatique
358.0 - 358.9	Neuromyopathie
356.0 - 356.9	Polyneuropathie (étiologies diverses)
357.0 - 357.9	
359.0 - 359.9	Myopathies (étiologies diverses)

3.

191.0 - 191.9	Tumeur cérébrale
---------------	------------------

Endocrinologie :**1. Endocrinopathie**

250.01 - 250.91	Diabète type 1
250.00 - 250.90	Diabète type 2
648.81 - 648.84	Diabète gestationnel
251.8 (sans diabète)	Hyperglycémie
790.2 (prédiabète)	Intolérance au glucose
244.0 - 244.9	Hypothyroïdie
242.0 - 242.9	Hyperthyroïdie
245.0 - 245.9	Thyroïdite
272.0 - 272.9	Hypercholestérolémie / dyslipidémie
277.8	Syndrome métabolique
255.4 ou 255.5	Insuffisance surrénalienne
276.0 - 276.1	Hypo-hypernatrémie symptomatique
276.7 - 276.8	Hypo-hyperkaliémie symptomatique

Cardio-vasculaire :**1.**

414.0	Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)
413.9	Angine
411.90	Angine instable
411.90	Syndrome coronarien aigu
410.9	Infarctus avec élévation du segment ST
410.9	Infarctus sans élévation du segment ST
413.9 ou 411.90	Ischémie silencieuse

2.

440.9	Maladie vasculaire (MVAS)
443.9	Maladie artérielle périphérique (MAP)
443.9	Claudication intermittente
433.10 - 433.11	Artériosclérose carotidienne
444.0 - 444.9	Ischémie artérielle aiguë (embolie ou thrombose)
444.2	Ischémie digitale / blue toe (embolie ou thrombose)

3.

441.0 - 442.9 *Anévrisme vasculaire*

4.

393.9 - 398.9 *Valvulopathies rhumatismales*
424.0 - 424.9 *Valvulopathies non rhumatismales*

5.

996.61 ou 996.62 *Infection prothèse vasculaire*

6.

428.0 - 428.9 *Insuffisance cardiaque*

7.

427.0 - 427.9 *Arythmie*
427.31 *Fibrillation auriculaire*
427.4 *Fibrillation ventriculaire*
427.32 *Flutter auriculaire*
427.4 *Flutter ventriculaire*
427.0 *TSVP (tachycardie supraventriculaire paroxys-
tique)*
427.0 *TAM (tachycardie auriculaire multifocale)*
427.89 *Bradycardie sévère*
426.12 ou 426.0 *Bloc AV (auriculo-ventriculaire) de haut grade
(type 2b et 3ième degré)*
427.81 *Syndrome de tachycardie-bradycardie*
427.81 *Maladie du noeud sinusal*

Respiratoire :

1.

490.9 - 494.9 *Maladie pulmonaire obstructive chronique et
asthme*

2.

495.0 - 495.9 ou
500.9 - 508.9 *Pneumopathies secondaires à agents externes
(ex : poumon de fermier)*

3.

514.9 - 518.89 *Pneumopathies touchant le tissu interstitiel
(ex : fibrose pulmonaire-ARDS)*

4.

162.0 - 162.9 *Tumeur pulmonaire*

Digestif :**1.**

150.0 - 159.9 *Tumeur digestive*

2.

555.0 - 558.99 *Entérite et colite non infectieuse (inflammatoire ou ischémique)*

3.

579.0 - 579.9 *Malabsorption*

4.

530.2 ou 531.0 - 534.9
ou 578.0 - 578.9 *Maladie ulcéro-peptique et/ou hémorragie digestive*

5.

571.0 - 571.9 *Cirrhose*

6.

574.0 - 577.9 *Maladie des voies biliaires et du pancréas*

Néphrologie :**1. Maladie lithiasique**

592.0 - 594.9 *Urolithiase symptomatique*
592.0 - 594.9 *Néphrolithiase symptomatique*
592.0 - 594.9 *Colique néphritique*

2.

584.5 - 586.9 *Insuffisance rénale*

3. Néphropathie

581.0 - 581.9 *Syndrome néphrotique*
580.0 - 580.9 ou
582.0 - 583.9 *Syndrome néphritique*
791.0 *Protéinurie*
580.0 - 583.9 *Glomérulonéphrite (étiologies diverses)*
791.0 *Microalbuminurie*
403.91 *Néphropathie hypertensive avec insuffisance rénale*

4.

188.0 - 189.9 *Tumeur urologique*

5.

405.9 *Hypertension secondaire*

6.

642.31 - 642.94 *Hypertension gestationnelle***Hématologie :**

1. Anémie

281.0 - 281.9 *Anémie par déficience vitaminée ou autre
(sauf fer)*280.90 - 280.99 *Anémie ferriprive*285.0 - 285.9 *Anémie postopératoire sévère (nécessitant
transfusion)*

2.

288.0 - 289.9 *Dyscrasie sanguine*

3.

204.00 - 208.91 *Leucémie*

4.

200.0 - 208.91 *Tumeur maligne
(sauf leucémies)*

5.

444.0 - 444.9 *Maladie thrombo-embolique*

6.

286.9 *Thrombophilie*286.0 - 286.9 *Trouble de coagulation*

Rhumatologie :**1. Arthrite**

274.0 - 274.9 + 712.0 - 712.9 ou 275.0 - 275.9 + 712.0 - 712.9	<i>Microcristalline (goutte et pseudogoutte)</i>
713.0 - 713.8, 714.0 - 714.9 ou 716.0 - 716.9	<i>Rhumatoïde et autres arthropathies inflammatoires</i>
711.0 - 711.9	<i>Arthrite réactionnelle</i>
720.0 - 720.9	<i>Spondylite ankylosante et autres Spondylarthropathies inflammatoires</i>

2.

446.0 - 446.7 ou 447.6	<i>Vasculite (Wegener, PAN, v.leucocytoclasique)</i>
------------------------	--

3.

710.0 - 710.9	<i>Collagénose</i>
---------------	--------------------

4.

733.0	<i>Ostéoporose fracturaire</i>
-------	--------------------------------

5. Maladie infiltrative

729.3	<i>Panniculite</i>
695.2	<i>Érythème noueux</i>
135.9	<i>Sarcoïdose</i>

Intoxication :

977.9	<i>Médicamenteuse</i>
969.0	<i>Tricycliques</i>
965.4	<i>Acétaminophène</i>
965.1	<i>Acide acétylsalicylique</i>

Polyintoxication

977.9	<i>Médicaments non précisés Médicaments précisés : les coder tous</i>
980.1	<i>- Méthanol</i>
982.8	<i>- Éthylène glycol</i>
980.0	<i>- Éthanol</i>

Maladies infectieuses :

038.0 - 038.9	Sepsis
	Infection système nerveux central
045.0 - 049.9	- virale
320.0 - 326.9	- bactérienne
421.0 - 421.9 ou 424.0 - 424.9	Endocardite
480.0 - 486.9 ou	Pneumonie
487.0 - 487.9	- si avec grippe
513.0 - 513.1	Abcès poumon
510.0 - 510.9	Empyème (pyothorax)
001.0 - 009.3	Gastro-entérite infectieuse (virale ou bactérienne) Diarrhée infectieuse Entérite infectieuse Colite infectieuse
	Infection urinaire
599.0	- sans précision
595.0 - 595.9	- si cystite
590.0 - 590.9	- si pyélonéphrite
711.0 - 711.9	Arthropathie associée à des infections
996.66 ou 996.67	- si prothèse ou plaque
	VIH - SIDA
795.8	- Séropositivité
042.9	- SIDA
043.0 - 044.9	- Affections dues à l'infection par le VIH
681.0 - 682.9	Infections des tissus mous (cellulite)

29.3 En médecine interne, l'honoraire de la consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majoré de 40 % lorsque le patient est traité par le médecin spécialiste en médecine interne pour une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2. Cette troisième pathologie doit être dans un système anatomique différent de celui des deux premières pathologies.

Sont également visés par cette majoration de 40 %, les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 063.*

Inscrire les codes de diagnostic des deux premières pathologies dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le code de diagnostic de la troisième pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC (un code de diagnostic à cinq chiffres doit obligatoirement être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES).

Ces deuxième et troisième pathologies doivent obligatoirement faire partie de la liste des pathologies désignées à la règle 29.2. Chacune des trois pathologies doivent être dans un système anatomique différent.

RÈGLE 30. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Pour le médecin classé en chirurgie orthopédique, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 200 \$, sont majorés à 200 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 100.*

RÈGLE 31. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN NEUROCHIRURGIE

- + Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par le médecin classé en neurochirurgie sont majorés de 35 % lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et au CUSM - Site Glen (pédiatrique).

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 126.*

RÈGLE 32. VISITES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

Les visites et les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués par le médecin classé en hématologie-oncologie médicale sont majorés de 15 % lorsque dispensés à un patient de 70 ans et plus, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

AVIS : *Pour demander la majoration d'honoraires, utiliser le modificateur 424.*

RÈGLE 33. CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

Le médecin qui procède à distance à l'évaluation clinique d'un patient décédé peut se prévaloir de la rémunération prévue pour la constatation de décès à distance. Il doit alors, s'il dresse également le constat de décès, autoriser le transport de la dépouille vers un salon mortuaire ou la morgue du coroner et transmettre le constat de décès au directeur funéraire ou au bureau du coroner, selon le cas. Dans le cas où il ne dresse pas le constat de décès, il doit diriger le patient vers un service d'urgence. Dans tous les cas, il doit faire une note au dossier conservé par le centre. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le technicien ambulancier et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt.

AVIS : Voir le code d'acte **15264** sous l'onglet B - Tarification des visites - Divers.

Lorsque le décès a été constaté à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut de plus se prévaloir de la rémunération prévue pour ce service. Si c'est le médecin qui a constaté à distance le décès qui complète le bulletin de décès, il peut se prévaloir de la rémunération prévue dans la mesure où il transmet une copie du bulletin de décès au directeur funéraire.

AVIS : Voir le code d'acte **09200** sous l'onglet B - Tarification des visites - Divers.

RÈGLE 34. RÉUNION CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

34.1 La réunion clinique multidisciplinaire vise la discussion de cas cliniques d'un ou de plusieurs patients dans l'objectif de planifier, d'assurer le suivi ou, le cas échéant, le traitement ou le soutien médical requis.

Cette réunion doit se dérouler au sein d'un établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Des notes relatant la discussion du cas clinique doivent être versées au dossier du patient. De plus, la participation d'un médecin à une réunion clinique multidisciplinaire doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une vidéoconférence, mais non par conférence téléphonique.

- + Sont exclus la préparation du médecin pour une telle réunion ainsi que tout mandat pouvant être réalisé relativement à une réunion. Une réunion clinique implique la participation d'au moins deux autres professionnels de la santé d'une autre discipline (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, médecins, etc.).

34.2 Le médecin spécialiste qui participe à une réunion clinique multidisciplinaire a droit au paiement d'honoraires de 150 \$. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Le tarif sera de 175 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

S'y ajoute un supplément de 37,50 \$ par quart d'heure additionnel. Ce supplément sera de 43,75 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 50 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

34.3 Au cours d'une année civile, un médecin ne peut réclamer plus qu'un équivalent de 40 heures pour sa participation à des réunions cliniques multidisciplinaires.

34.4 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, la rémunération de sa participation à une réunion clinique multidisciplinaire est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette réunion est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie et nonobstant toute disposition au contraire prévue au modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie, ce supplément d'honoraires de 50 % s'applique pour toute la période de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. De plus, le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement d'une réunion clinique multidisciplinaire entre 7 h et 8 h ou entre 15 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, ne peut alors se prévaloir de la rémunération prévue en vertu de l'article 5 du modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie au cours de la même période.

Pour le médecin qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement du forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs prévu à l'annexe 29, les activités visées à la présente règle ne sont pas rémunérées lorsque effectuées entre 7 h et 17 h.

Pour le médecin qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement du forfait quotidien d'une unité de grands brûlés prévu à l'annexe 39, les activités visées à la présente règle ne sont pas rémunérées lorsque effectuées entre 7 h et 17 h.

Le médecin spécialiste qui tire avantage d'une mesure de rémunération mentionnée ci-dessous ne peut, au cours de la période pendant laquelle cette mesure de rémunération s'applique, bénéficier des avantages prévus à la présente règle :

- Annexe 41 concernant la rémunération des médecins spécialistes en anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique;
- Annexe 42 concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie;
- Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes;
- Annexe 44 concernant l'instauration d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences;
- Lettre d'entente n^o 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- Lettre d'entente n^o 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme Ampro^{OB} dans les établissements de santé du Québec;
- Lettre d'entente n^o 203 concernant le projet pilote du Centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence (ÉVAQ);
- Forfait pour chimiothérapie;
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence;
- Protocole concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné.

34.5 La présente règle ne s'applique pas aux médecins classés en psychiatrie. Elle ne s'applique également pas pour une clinique des tumeurs, une réunion neuromusculaire multidisciplinaire, une discussion d'un cas complexe en gériatrie, les réunions multidisciplinaires faites dans le cadre d'un plan d'intervention individualisée (P.I.I.) en psychiatrie ou une clinique surspécialisée en neurochirurgie.

AVIS : Voir les codes d'acte **15405** et **15406** sous l'onglet B – Tarification des visites, section Divers.

**+ RÈGLE 35.
COMMUNICATION PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UN INTERPRÈTE**

Un supplément est payable lorsque la communication avec le patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète (code d'acte 15761). Ce supplément est payable en cabinet, à domicile et en établissement lors d'une visite. Ce supplément s'applique en sus de toute autre rémunération applicable en vertu des dispositions de l'Entente.

AVIS : Voir l'onglet B - Tarification des visites - Divers.

**SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS
EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT
D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE**

En conformité avec l'article 22a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services aux fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et qui sont considérés comme des services assurés.

1. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE DE COMMERCE, D'UN AUTOBUS DE PLUS DE 24 PASSAGERS OU D'UN VÉHICULE EXIGEANT DES QUALIFICATIONS PLUS GRANDES :

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire d'un véhicule des classes 1, 2 et 3.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule de commerce.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2);
- Articles 28 1, 2, 3, 44 2, 45 2 et 46 2 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4A.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule d'urgence.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2);
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

* Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

3. CONDUCTEUR D'UN AUTOBUS DE 24 PASSAGERS OU MOINS OU D'UN MINIBUS

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire de la classe 4B.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un autobus ou d'un minibus.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (RLRQ, chapitre C-24.2);
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r.34).

4. CHAUFFEUR DE TAXI

Examen médical ou optométrique* requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4C.

Examen médical ou optométrique* que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour un titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un taxi.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (RLRQ, chapitre C-24.2);
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r.34).

5. ÉTUDIANT ADMIS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES EN TECHNIQUES DE PILOTAGE, TECHNIQUES MARITIMES, TECHNIQUES POLICIÈRES OU TECHNIQUES DU CONTRÔLE DE LA CIRCULATION AÉRIENNE

Examen médical que doit subir l'étudiant admis à l'un des programmes d'études précités.

- Article 18 a) de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (RLRQ, chapitre C-29) remplacé par 1993, c.25, a.11.;
- Article 1 du Règlement sur les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études suivants : techniques de pilotage, techniques maritimes, techniques policières et techniques de contrôle de la circulation aérienne (Décret 2403-82 du 20 octobre 1982).

6. FONCTIONNAIRE AU SENS DE LA LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE

Examens de pré-emploi exigés par les directives de classification relatives aux emplois suivants :

- Agents de conservation de la faune;
- Constables du tribunal de la jeunesse;
- Constables spéciaux à la sécurité dans les édifices gouvernementaux;
- Agents des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;
- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1).

* Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

7. ENSEIGNANT OCCUPANT UN EMPLOI DANS UNE ÉCOLE PUBLIQUE DE LA COMMISSION SCOLAIRE CRIE, LA COMMISSION SCOLAIRE KATIVIK ET LE COMITÉ NASKAPI DE L'ÉDUCATION

Examen médical annuel démontrant qu'il n'est atteint d'aucun handicap physique ou mental ou maladie le rendant inapte à occuper le poste qu'il détient.

Examen annuel pulmonaire clinique et radiologique démontrant que cette personne est exempte d'affection tuberculeuse.

- Article 207 de la Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuits et naskapis (RLRQ, chapitre I-14).

8. AGENTS ET CADETS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET DES CORPS DE POLICE MUNICIPaux

Examen médical requis pour devenir agent ou cadet de la Sûreté ou d'un corps de police municipal.

- Loi de police (RLRQ, c.P-13);

- Article 3 du Règlement sur les normes d'embauche des agents et cadets de la Sûreté du Québec et des corps de police municipaux (RLRQ, C.P-13,r.14).

9. MANIPULATEURS D'ALIMENTS ET LES PERSONNES PRÉPOSÉES AUX SOINS DES MALADES OU À LA GARDE DES ENFANTS

Examens cliniques et diagnostiques et mesures de prophylaxie déterminées par le chef de département de santé communautaire.

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);

- Article 40 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1).

10. MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS UN CAMP FORESTIER OU DES INSTALLATIONS SPÉCIFIÉES

Le manipulateur d'aliments dans un camp forestier ou des installations visées à l'article 83 doit avoir subi un examen médical depuis moins de 12 mois attestant qu'il n'est pas atteint de la tuberculose et qu'il n'est pas porteur de germes de salmonellose, ni atteint d'une maladie à déclaration obligatoire pouvant se transmettre par les aliments.

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);

- Articles 83 et 84 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1).

11. EMPLOYÉS D'UN DÉTENTEUR DE PERMIS VISÉS À L'ARTICLE 90 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

(Permis pour pouvoir embaumer des défunts ou pratiquer la thanatopraxie, agir comme directeur de funérailles ou pour l'opération d'un laboratoire ou d'un service d'ambulance).

Certificat d'attestation de bonne santé délivré lors de l'embauche.

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);

- Articles 90 et 109 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1 et Décret 975-83 du 18 mai 1983).

12. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE PROTHÈSES ET ORTHÈSES OU D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Examen médical annuel attestant que la personne peut travailler dans un laboratoire.

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);
- Article 134 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1).

13. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Examen médical à l'embauchage et par la suite annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie.

Examen médical décrit à l'article 174 à l'embauchage et annuel par la suite et dans les cas prévus à l'article 185 pour tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X.

Examen visé au paragraphe c) de l'article 174 (formule sanguine complète) à la fin des premier et deuxième mois d'emploi pour toute personne directement affectée à des travaux sous rayon X et toute personne visée à l'article 184.

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);
- Articles 173 à 176, 184 et 185 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1).

14. CUISINIER, AIDE-CUISINIER OU MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS LES CAMPEMENTS INDUSTRIELS

Examen attestant de l'immunité à la variole de l'employé.

Examen médical à l'embauchage et annuel par la suite établissant que l'employé ne souffre pas de maladie contagieuse ou vénérienne et qu'il n'est pas porteur de germes pouvant causer une infection transmissible par les aliments.

- Loi sur la qualité de l'environnement (RLRQ, chapitre Q-2);
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (RLRQ, chapitre Q-2, r. 11).

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (RLRQ, chapitre S-2.1);
- Article 2 du Règlement sur le certificat médical des ouvriers (RLRQ, c.S-2.1,r.3).

16. EMPLOYÉS TRAVAILLANT DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGI PAR LE RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX

Examens médicaux d'embauche et examens périodiques que peut exiger le Service d'inspection lorsque la santé des travailleurs est exposée à des risques particuliers.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (RLRQ, chapitre S-2.1);
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (RLRQ, chapitre S-2.1, r. 6).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES

Examen médical annuel attestant que le machiniste ne présente pas d'infirmités physiques ou psychiques ou des déficiences de la vue ou de l'ouïe.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (RLRQ, chapitre S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions réglementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Toute personne oeuvrant dans un établissement doit se soumettre aux normes déterminées par le chef du département de santé communautaire en matière d'hygiène, de prophylaxie et de contrôle microbiologique et clinique.

- Loi sur les services de santé et services sociaux (RLRQ, chapitre S-5);
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 f) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (RLRQ, chapitre C-81);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (RLRQ, chapitre R-9);
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (RLRQ, chapitre S-32.001) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 35 de cette Loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1).

DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada.

Conformément au Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie et à celui de l'assurance hospitalisation, la Régie peut payer certains services médicaux et hospitaliers à recevoir hors du Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie, à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec ni au Canada;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est donc pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Si la personne assurée se fait soigner hors du Canada **sans avoir obtenu l'autorisation préalable** de la Régie, elle devra assumer elle-même le coût des services hospitaliers qu'elle recevra hors du Canada. Les services médicaux assurés seront remboursables au tarif du Québec.

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :

- une description détaillée des services spécialisés requis;
- une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
- le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
- le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.

B) Un **résumé** du dossier médical

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Québec, au Canada.

Conformément au Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie, la Régie peut payer certains services médicaux à recevoir au Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Si la personne assurée n'a pas obtenu une autorisation préalable avant de recevoir des services médicaux hors du Québec, au Canada, ceux-ci seront remboursables au tarif du Québec.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
 - une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé qui sera responsable des services spécialisés à rendre.
- B) Un **résumé** du dossier médical

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

**SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC
DEMANDANT UNE AUTORISATION**

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 04788 (dissection et excision de paquets variqueux, etc., voir NOTE, page J-16).

Le médecin doit formuler une demande écrite en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention. Pour ce faire, il peut remplir le formulaire *Demande d'autorisation en plastie* (4248).

Il doit identifier la personne assurée par son nom, son NAM et son adresse, car si la demande d'autorisation est refusée, une lettre doit être adressée également à cette personne pour qu'elle puisse exercer son droit de recours si elle le désire.

IMPORTANT : Les photos ne sont pas requises sauf en chirurgie plastique.

Adresser la demande à :

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

**SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS
D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES**

Les adresses des provinces et des territoires

ALBERTA

Alberta Health
10025 Jasper Avenue P.O. Box 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street P.O. Box 1600
Victoria (BC) V8W 2X9
Téléphone : 250 386-7171
Appels sans frais : 1 800 663-7100

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road P.O. Box 3000
Montague (PE) COA 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 457-4800

NOUVELLE-ÉCOSSE

Medical Services Insurance (M. S. I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : 902 468-9700

NUNAVUT

Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : 867 645-8004

ONTARIO

Ministère de la santé et des soins de longue durée
Attention : Claims manager
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Téléphone : 613 548-6240 ou 613 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T. C. Douglas Building
3475, Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : 306 787-3251

TERRE-NEUVE

Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street P. O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : 709 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office, 2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T. N.-O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch, P. O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5209

#

**TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE
POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES**

ARTICLE 14.5

FÊTE LÉGALE	2014-2015	2015-2016	2016-2017
<i>Journée nationale des patriotes</i>	19 mai 2014	18 mai 2015	23 mai 2016
<i>Fête nationale du Québec</i>	24 juin 2014	24 juin 2015	24 juin 2016
<i>Fête du Canada</i>	1 ^{er} juillet 2014	1 ^{er} juillet 2015	1 ^{er} juillet 2016
<i>Fête du Travail</i>	1 ^{er} sept. 2014	7 septembre 2015	5 septembre 2016
<i>Action de grâces</i>	13 octobre 2014	12 octobre 2015	10 octobre 2016
<i>Veille de Noël</i>	24 déc. 2014	24 décembre 2015	23 décembre 2016
<i>Fête de Noël</i>	25 déc. 2014	25 décembre 2015	26 décembre 2016
<i>Lendemain de Noël</i>	26 déc. 2014	28 décembre 2015	27 décembre 2016
<i>Veille du jour de l'An</i>	31 déc. 2014	31 décembre 2015	30 décembre 2016
<i>Jour de l'An</i>	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016	2 janvier 2017
<i>Lendemain du jour de l'An</i>	2 janvier 2015	4 janvier 2016	3 janvier 2017
<i>Vendredi Saint</i>	3 avril 2015	25 mars 2016	14 avril 2017
<i>Lundi de Pâques</i>	6 avril 2015	28 mars 2016	17 avril 2017

INDEX

Page

TARIFICATION DES VISITES	B-3
ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
Allergie	B-5
Anesthésiologie	B-9
Biochimie	B-13
Cardiologie	B-15
# Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-23
# Chirurgie générale	B-27
Chirurgie orthopédique	B-31
Chirurgie plastique	B-33
Chirurgie vasculaire	B-35
Dermatologie	B-37
Endocrinologie	B-45
Gastro-entérologie	B-51
ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-55
Génétique médicale	B-57
Gériatrie	B-61
Hématologie - oncologie médicale	B-67
Hygiène publique	B-73
ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-75
Médecine d'urgence	B-81
Médecine interne	B-89
Médecine nucléaire	B-95
ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-97
Microbiologie - Infectiologie	B-99
Néphrologie	B-105
Neurochirurgie	B-109
Neurologie, neuropsychiatrie, électroencéphalographie	B-113
Obstétrique - Gynécologie	B-119
Ophtalmologie	B-131
Oto-rhino-laryngologie	B-137
ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-141
Pédiatrie	B-143
Physiatrie	B-151
Pneumologie	B-157
ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-161
Psychiatrie	B-169
Radio-oncologie	B-185
Rhumatologie	B-189
ADDENDUM 12 - SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL	B-193
Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail	B-195
Urologie	B-201
Hors discipline	B-205
Divers	B-207
EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N ^o 5)	B-211
ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N ^o 6)	B-211

LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N ^O 64)	B-213
LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N ^O 172)	B-214
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU	B-216
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-216
SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER.	B-217
ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	B-218
ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE <i>Abrogé</i>	B-231

ANESTHÉSIOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	16,80
	Supplément de consultation 22,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	39,40
09129	Visite de contrôle	8,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	15,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09135	Visite de contrôle	10,50
15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement. NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 00984.	26,30
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	70,00
09096	chaque jour subséquent.	47,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.**Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.***AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :***par jour, par patient*

09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent.	104,00

Soins intensifs		
15482	Visite principale.	60,00
----	Supplément de consultation 65,00	
15483	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,00
15484	Visite de contrôle.	24,00

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.*

Externe		
09162	Visite principale.	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09145	Visite de contrôle.	10,50

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

D 15485	Clinique d'évaluation préopératoire Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'avant-midi Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	25,00
+ 15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	75,00
+ 15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	125,00
D 15600	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'après-midi. Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00

+	15601	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	75,00
+	15602	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	125,00
+	NOTE : Un nombre de demi-journées est alloué par les parties négociantes, par semaine, à chaque établissement selon la catégorie d'établissement auquel il appartient. Le nombre de demi-journées maximal est déterminé en fonction du volume des chirurgies, des types de chirurgies et d'un ratio d'évaluation de patients déterminé selon la lourdeur de la clientèle et la catégorie d'établissement : - Établissement A : 10 demi-journées par semaine - Établissement B : 5 demi-journées par semaine - Établissement C : 2 demi-journées par semaine - Établissement D : 1 demi-journée par semaine		
	NOTE : Le maximum total pour la combinaison des actes codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 est de 15 actes par demi-journée, par centre désigné.		
+	NOTE : Les services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la règle 13 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.		
+	NOTE : Les services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 sont réservés aux centres désignés par les parties négociantes.		
+	NOTE : Aucun autre acte en rôle 1, en rôle 2 et en rôle 3 ne peut être facturé pendant cette demi-journée, à l'exception des actes 41040, 41051, 00489, 00910, 00911, 00939, 00954, 09403, 09404, 09405 et 41031.		

AVIS : *Pour les services facturés la même journée que les actes codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 ou 15602, indiquer la plage horaire selon l'heure pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.*

Plage horaire (P.H.)	Valeur
- de 0 h à 7 h (nuit)	1
- de 7 h à 12 h (A. M.)	2
- de 12 h à 17 h (P. M.)	3
- de 17 h à 24 h (soir)	4

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09202	Visite de contrôle	10,50

CARDIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n^o 19.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	81,60
----	Supplément de consultation 65,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,55
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	147,55

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09129	Visite de contrôle	42,35
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	89,40
+ 15703	Si médecin traitant pour patient admis en urgence, supplément .	40,00

NOTE : L'acte codé 15703 n'est facturable qu'une fois par patient, par hospitalisation, pour l'ensemble des cardiologues.

NOTE : L'acte codé 15703 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.

AVIS : Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	89,40
S ----	Supplément de consultation 86,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,30
15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	176,30

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09094	Visite de transfert	89,40
-------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	45,35
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	59,10

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	164,45
09096	chaque jour subséquent	92,10
+ 15664	Rapport de consultation à distance nécessitant une révision d'imagerie (coronarographie, ultrasonographie, IRM) à la demande d'un médecin référant d'un autre établissement, pour évaluer la nécessité d'un transfert ou l'éligibilité à une thérapie corrective chirurgicale ou par intervention percutanée, avec rapport écrit au dossier	65,80
	NOTES :	
	1. L'acte codé 15664 ne peut être facturé avec les actes codés 98101 et 98105.	
	2. L'acte codé 15664 ne peut être facturé avec une visite ni avec les actes codés 00294, 00632, 00662, 08303, 08309 et 08580, le même jour.	
	3. L'acte codé 15664 ne peut être majoré selon les dispositions de la règle 14 du préambule général.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00
09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	80,25
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 09224 ainsi que les honoraires correspondants.</i>	

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	111,80
	<u>AVIS :</u> <i>Pour les codes d'acte 09221 et 09224, inscrire le code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité coronarienne.</i>	
00024	Visite de départ	85,55
15704	si patient de 85 ans et plus, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
09162	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
09164	Visite de contrôle	39,50
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	première visite	131,50
16005	visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile)	65,80
15705	si thérapie par administration d'inotrope en perfusion IV, supplément	20,00
	NOTES :	
D	1. Les actes codés 15705, 16004 et 16005 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.	
	2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, l'acte codé 16004 peut être demandé par un autre médecin.	
	- CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or	
	- Hôpital et CLSC de Val-d'Or	
	- CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles	
	- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code 16004, inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	

R = 1

15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque. Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)	99,25
-------	---	-------

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM - Hôpital Notre-Dame
- CUSM - Site Glen
- CHU Sainte-Justine
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

D

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	183,55
-------	---	--------

15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	183,55
-------	---	--------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	26,30
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,30
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,80
09148	Visite de contrôle	13,75

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

09207	Évaluation - greffe cardiaque et arythmie : Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire	328,95
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	147,30

NOTE : Le service médical codé 09208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM (Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu)
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHU Sainte-Justine
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval)
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

D

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09207** et **09208**, inscrire :

- l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;
- le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;
- la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

15706 Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue en vue d'une intervention structurale percutanée. 147,30

NOTE : L'acte codé 15706 ne peut s'appliquer à l'angioplastie coronarienne ou extrathoracique et il ne peut être facturé le même jour que l'intervention.

NOTE : L'acte codé 15706 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

AVIS : *Pour la facturation du code d'acte 15706, inscrire :*

- *l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;*
- *le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;*
- *la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.*

15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale. Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).	181,60
Liste agréée des établissements en cardiologie :		
D	<ul style="list-style-type: none"> - Institut de Cardiologie de Montréal; - CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu); - CUSM (Site Glen, Hôpital général de Montréal et Hôpital neurologique de Montréal); - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal; - CHU Sainte-Justine; - CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval); - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPO); - CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu); - Hôpital général juif. 	
<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation du code d'acte 15130, inscrire :</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO; - le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC; - la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement. 		
S	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire.	157,90
<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation du code d'acte 15707, inscrire :</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO; - le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC; - la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement. 		

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80
 <u>AVIS</u> : Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
09202	Visite de contrôle	39,50

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 09286, 09288 et 09290**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	10,50
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	52,60
15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09292	Supplément de durée	26,30
-------	---------------------------	-------

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	15,80
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09152	Visite de contrôle	28,30
-------	--------------------------	-------

AVIS : **(1*)** Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	132,60
09096	chaque jour subséquent	74,30
	NOTE : Ce forfait n'est payable qu'au chirurgien cardiovasculaire et thoracique qui détient une certification en soins intensifs.	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
+	Soins intensifs	
+ 15746	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	150,00
+	NOTE : L'acte codé 15746 n'est payable qu'à un chirurgien cardiovasculaire et thoracique intensiviste désigné par les parties négociantes.	
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la section Établissement. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire le code 4XXX6.</i>	
	Externe	
09162	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	105,00
15384	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la Règle d'application n° 7.</i>	
+ 15747	Visite de suivi pour patient en circulation assistée, support total ou partiel par cœur mécanique.	94,40
09164	Visite de contrôle.	28,30
<u>AVIS :</u>	(1*) <i>Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
	(2*) <i>Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
	(3*) <i>Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	

+	Établissement	
09293	Évaluation par un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier.	56,70

Cet honoraire est payé au chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (voir liste agréée des établissements).

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

D	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Complexe hospitalier de la Sagamie - CUSM - Site Glen et Hôpital général de Montréal - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal - Hôpital Laval - Hôpital Notre-Dame du CHUM - Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant - Hôpital Saint-Luc du CHUM - Hôtel-Dieu du CHUM - Institut de Cardiologie de Montréal - L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis - CHUQ - Pavillon C.H. de l'Université Laval 	
---	--	--

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie ..	18,00

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 7.*

09148	Visite de contrôle	11,00
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*).....	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*).....	105,00
09202	Visite de contrôle	28,30

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

AVIS : - Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.
- Pour la facturation de tous les codes de visite, voir la Règle d'application n° 28.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	70,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	100,00
09292	Supplément de durée.....	42,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	18,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	55,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	55,00
----	Supplément de consultation 23,85	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,85
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

Externe

09162	Visite principale	55,00
T ----	Supplément de consultation 24,55	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	79,55
09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	32,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	32,00
----	Supplément de consultation 28,00	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	60,00
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 24,55	
T T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	79,55
09202	Visite de contrôle	14,50

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	90,00
15411	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15411 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15412	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15412 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15413 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
T ----	Supplément de consultation	116,05
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,05
15414	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15414 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15415	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15415 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15416 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
15194	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	250,00

AVIS : Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, inscrire les renseignements relatifs à la femme requérant le service dans la section sur l'identité de la personne assurée.

R = 1

09137 Supplément de durée **(1*)** 30,70
 NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129 Visite de contrôle 35,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150 Visite principale 76,70

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 76,70

15417 Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 75,00

NOTE : L'acte codé 15417 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15418 Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 20,00

NOTE : L'acte codé 15418 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

---- Supplément de consultation 79,45
 09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 156,15

15419 si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 75,00

NOTE : L'acte codé 15419 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15420 si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 20,00

NOTE : L'acte codé 15420 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

09080 Supplément de durée **(1*)** 11,40

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094 Visite de transfert 49,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152 Visite de contrôle 25,00

T 09161 Tournée des malades le week-end 55,00
 (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

GASTRO-ENTÉROLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	79,20
----	Supplément de consultation 42,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,50
09137	Supplément de durée (1*)	29,35
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	23,45

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15351	Un supplément est payable si le patient est hospitalisé sous les soins d'un gastro-entérologue ou d'un hépatologue à titre de médecin traitant	50,00
	NOTE : L'acte codé 15351 s'applique avec les actes codés 09060, 09150, 09152, 09160, 09161 et 16035 et il est payable une fois par patient, par hospitalisation.	

AVIS : *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*

	09150	Visite principale	95,05
	09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	95,05
S	----	Supplément de consultation 63,35	
	09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	158,40
S	----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 91,15	
	16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	186,20
	16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	66,95
	----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 81,25	

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile.	176,30	
09080	Supplément de durée (1*)	11,70	
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09094	Visite de transfert	63,40	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
09152	Visite de contrôle.	26,40	
09161	Tournée des malades le week-end	52,80	
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09096	premier jour	109,35	
	chaque jour subséquent	63,60	
	<u>AVIS :</u> - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient		
09097	premier jour	104,00	
09098	chaque jour subséquent.	104,00	
	Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés		
15353	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6.3 du préambule général.		
	Externe		
S	09162	Visite principale.	63,40
	----	Supplément de consultation 42,20	
S	09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
	----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 97,85	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

16037	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	161,25
16038	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	66,95
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 112,90	
15354	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	176,30
09078	Supplément de durée	17,60

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle	21,10
-------	------------------------------	-------

Salle d'urgence

15355	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	170,00
-------	--	--------

AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	23,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,65
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,50
09148	Visite de contrôle	12,25

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

S	09201	Visite principale	63,40
	----	Supplément de consultation 42,20	
S	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
	09088	Supplément de durée	17,60
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	09202	Visite de contrôle	21,10

GÉRIATRIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **00031**, **00043** et **00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	51,20
----	Supplément de consultation 41,70	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,90
00032	Supplément de durée (1*)	29,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	29,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	165,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	165,00
15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois.	165,00
15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15495	Patient atteint de polyopathie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15496	Patient atteint de polyopathie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15497	patient atteint de polyopathie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15498	patient atteint de polyopathie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15499	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00037	Supplément de durée (1*).	11,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert (2*)	40,50
00039	Visite de contrôle.	10,75
T 00041	Tournée des malades le week-end	50,00
T 15500	patient de 85 ans et plus, supplément	24,35
T 15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre)	200,00

AVIS : - Incrire le « Score » ou « polymédication » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

- Incrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.

Voir la règle 5.4 du préambule général.

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

(2*) Voir la règle 5.6 du préambule général.

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00053	premier jour	116,70
00054	chaque jour subséquent	67,90
	AVIS : - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
T 15501	Soins médicaux pour un patient dans une unité de gériatrie de courte durée, à titre de médecin traitant, excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	33,00
	NOTE : L'acte codé 15501 ne peut être facturé avec l'acte codé 15139 et ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.	
T 00024	Visite de départ	150,00
	AVIS : <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
15502	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15503	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé.	135,00
15504	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
	Externe	
00042	Visite principale	165,00
15242	patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15506	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
+ 15748	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
+ 15749	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00

15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
T ----	Supplément de consultation	75,00
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15243	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15507	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
+ 15750	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
+ 15751	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée (1*)	17,85
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15508	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	135,00
15509	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
00045	Visite de contrôle.	10,75

AVIS :

(1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	165,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	165,00
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	165,00
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15510	Patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15511	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	140,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
15512	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
00049	Visite de contrôle (1*)	10,75
Domicile :		
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 27.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	165,00
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
00065	Supplément de durée (1*)	17,85
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
00066	Visite de contrôle	10,75

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 35.

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	23,35

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	28,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation (Groupe A)**

09150	Visite principale	109,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
09094	Visite de transfert	62,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

T 15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	66,65
09012	Visite de suivi oncologique	66,65

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.

09152	Visite de contrôle	45,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,15

16003	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile.	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs. Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur) Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.	
00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	78,30
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation.	64,15

AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.*

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	111,70
09096	chaque jour subséquent	64,95

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent.</i>	<i>104,00</i>

Hospitalisation (Groupe B)

15005	Visite principale.	109,05
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
15008	Visite de transfert	78,75

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

15009	Visite de suivi oncologique	66,65
-------	---------------------------------------	-------

AVIS : *Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15010	Visite de contrôle.	45,60
-------	-----------------------------	-------

15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,15
16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	78,30
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	64,15

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

15014	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	111,70
15015	chaque jour subséquent	64,95

AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

09097	par jour, par patient premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

Externe (Groupe A)

09162	Visite principale	50,80
T 15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	15,25
----	Supplément de consultation 163,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16053	Visite de suivi oncologique	28,50

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.

R = 1

15281	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09164	Visite de contrôle.	16,80
16054	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile.	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	77,60
	Externe (Groupe B)	
15020	Visite principale.	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16055	Visite de suivi oncologique	28,50
	<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.	
15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15022	Visite de contrôle.	21,65
16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	77,60

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe A) :**

09147	Visite principale	22,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,05
09148	Visite de contrôle	11,95

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe B) :**

15025	Visite principale	22,80
15026	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,95
15028	Visite de contrôle	11,95

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

19869	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un ou plusieurs patients dirigé(s) par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	154,40
-------	--	--------

NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine

D NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par médecin, par jour.

AVIS : *Inscrire la durée totale de votre participation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.***AVIS :** *Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :**- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;**- le code d'acte 19869 dans la section Actes;**- le code d'établissement.****Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.***

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

Groupe A		
09201	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15283	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle	16,80
Groupe B		
15030	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle	21,65

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en toxicologie et qui est désigné par les parties négociantes.

6.4 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en médecine hyperbare effectuée en hospitalisation, en clinique externe ou à la salle d'urgence. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la médecine hyperbare.

+ Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui rencontre les critères de désignation pour les traitements en médecine hyperbare et qui détient des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Pour connaître les critères de désignation, veuillez vous référer à la note située sous le titre de la section Médecine hyperbare de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques.*

6.5 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité.

6.6 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires adresse un rapport au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient.

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

6.7 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 avec le code de consultation approprié pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 7.

STABILISATION

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manœuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré. Elle comprend également l'ensemble des manœuvres et traitements initiaux effectués auprès du patient polytraumatisé et auprès du patient qui nécessite une reperfusion myocardique.

RÈGLE 8.**MAJORATION D'HONORAIRES**

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

- i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et de 50 % entre 8 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de 70 % entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS : Modificateurs à utiliser pour demander la majoration d'honoraires :

MOD=181

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 8 h à 24 h, majoration de 50 %

MOD=182

NUIT, de 0 h à 7 h, majoration de 70 %

NUIT, de 0 h à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit, majoration de 70 %

MOD=183

SOIR, du lundi au vendredi, de 16 h à 24 h, majoration du 1/3

- ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

AVIS : Modificateurs à utiliser pour demander la majoration d'honoraires :

MOD=184

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 19 h, majoration de 50 %

MÉDECINE D'URGENCE**AVIS :** Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.

S

Cabinet privé

15201	Visite		44,10
----	Supplément de consultation en médecine sportive	68,85	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive)		112,95

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin ou dentiste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

----	Supplément de consultation en toxicologie	68,85	
15712	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)		112,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15204	Visite auprès d'un patient admis		63,35
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	55,15	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)		118,50

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste	49,35	
15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)		112,70
----	Supplément de consultation en toxicologie	68,85	
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)		132,20
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	68,85	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)		132,20

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	160,00
09096	chaque jour subséquent	120,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>

S

#	15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	88,70
#	----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,15
#	15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	165,85

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

+	----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	69,08
+	15605	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	157,78
+	----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	96,40
+	16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	185,10
+	----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	96,40
+	16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	185,10

15218	Stabilisation	72,15
	<u>AVIS :</u> <i>Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section Actes de la demande de paiement.</i>	
15249	Évaluation et interprétation par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance à la salle d'urgence lors d'un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	103,35
S		
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	73,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,25	
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	150,30
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus 71,43	
15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	144,48
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 96,45	
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus . .	169,50
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 96,45	
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	169,50
	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie, patient de 70 ans et plus 96,45	
15714	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie), patient de 70 ans et plus	169,50
	NOTE : L'acte codé 15714 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader).	

R = 1

15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus	180,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,05
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	257,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus	121,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,15
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	198,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus	48,25
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,05
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	125,30

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité, patient de 70 ans et plus	58,57
-----	--	-------

MÉDECINE INTERNE

AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	68,10
15392	si plus de 30 minutes, supplément	65,80
15393	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :	
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc	
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome	
	- VIH	
	- greffé	19,70

AVIS : Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 81,85	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	149,95
15394	si plus de 60 minutes, supplément	72,40
15395	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	130,00
	NOTE : L'acte codé 15395 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	

AVIS : Inscrire le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00033	Visite de contrôle	39,55
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15396	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
	NOTE : L'acte codé 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.	
	NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation.	

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

		R = 1
00034	Visite principale (1*)	83,10
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (1*)	83,10
16047	Si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
T ----	Supplément de consultation	121,45
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	204,55
15397	si plus de 60 minutes, supplément	98,85
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
15398	Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine, pour un maximum de 15 forfaits par médecin, par jour	70,00
NOTE : Nonobstant toute disposition au contraire, l'acte codé 15398 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.		
00038	Visite de transfert (1*)	83,10
16049	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
00039	Visite de contrôle	24,85
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	77,75
NOTE : L'acte codé 00041 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour.		
<u>AVIS :</u>	(1*) <i>Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier dans la section Etablissement.</i>	

		R = 1
00028	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	82,80
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 00029 ainsi que les honoraires correspondants.</i>	
00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	115,85
	<u>AVIS :</u> <i>Pour les codes d'acte 00028 et 00029, inscrire le code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité coronarienne.</i>	
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	170,90
00054	chaque jour subséquent	118,35
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00
00024	Visite de départ	131,80
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque	131,80
	NOTE : L'acte codé 16050 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00024, le même jour.	

R = 1

Externe

00042	Visite principale.	51,85
15399	si plus de 30 minutes, supplément	50,10
15400	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :	
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc	
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome	
	- VIH	
	- greffé	15,00

AVIS : *Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

T ----	Supplément de consultation	75,15
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
15401	si plus de 60 minutes, supplément	61,35
15402	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	100,00

NOTE : L'acte codé 15402 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.

AVIS : *Inscrire le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	42,30
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	31,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	31,10
09094	Visite de transfert.	31,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	23,00
-------	------------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	31,10
09164	Visite de contrôle	16,20

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	29,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	29,70
09148	Visite de contrôle	15,70

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

+ Centre hospitalier :

+ Participation aux cliniques des tumeurs :

+ 09168	Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité	50,00
---------	---	-------

NOTE : L'acte codé 09168 n'est payable que 2 fois par médecin, par semaine.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	31,10
09202	Visite de contrôle	16,20

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE**RÈGLE 1.****PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE**

1.1 La planification de traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire s'applique lorsqu'un médecin classé en microbiologie infectiologie effectue les démarches permettant l'adhésion du patient au programme d'antibiothérapie parentérale ambulatoire.

Cette planification inclut toutes les visites effectuées le même jour par tout médecin microbiologiste infectiologue.

1.2 La planification du traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire ne peut être réclamée par plus d'un médecin microbiologiste-infectiologue, par patient, par hospitalisation ou en externe.

AVIS : Voir les codes d'acte **09030, 09032 et 09048** dans le tableau d'honoraires qui suit.

RÈGLE 2**MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE**

2.1 La tarification des visites prévues pour les maladies infectieuses en émergence s'applique aux maladies énumérées dans la liste apparaissant en annexe.

AVIS : La facturation des codes d'acte **09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062** requiert un des diagnostics de l'annexe I du présent addendum. Inscrire le code de ce diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

+ RÈGLE 3**GESTION D'ÉCLOSION**

3.1 La gestion d'éclosion intra-établissement mineure et majeure est la mise en place, sous la supervision d'un médecin microbiologiste-infectiologue suite à une évaluation épidémiologique, d'un ensemble de mesures de prévention des infections considérées nécessaires pour maîtriser la dissémination d'un agent infectieux et d'en permettre le suivi afin de s'assurer que l'éclosion soit contrôlée.

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE**

- Infections virales :
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.0, 042.1, 042.2, 042.3, 042.9, 043.9, 044.9, 795.8)
 - Hépatite B (070.2 à 070.6, 070.9, 573,3)
 - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)
 - Syphilis (090.0 à 090.7, 090.9 à 092.0, 092.9 à 093.2, 093.8 à 094.3, 094.8, 094.9, 095.9, 096.9, 097.0, 097.1, 097.9, 647.0)
- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

- Dengue (061.9)
- Diphtérie (032.0, 032.1, 032.2, 032.3, 032.8, 032.9)
- Fièvres hémorragiques (065.0, 065.1, 065.2, 065.3, 065.4, 065.8, 065.9)
- Paludisme (084.0 à 084.9)

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- Infections à germe multirésistant :
 - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine
 - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine
 - Mycobacterium tuberculosis multirésistant
 - Clostridium difficile
 - Acinetobacter Baumannii
 - Bacilles gram négatif multirésistants producteurs de carbapénémases et/ou de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)

4. CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)
- Greffe de moelle osseuse
- Greffe d'organe solide excluant la cornée, la peau, l'os ou le cartilage
- Leucémie aiguë (204.0, 205.0, 206.0, 208.0)

AVIS : Voir la règle 2 de l'addendum 10.

Le code correspondant au diagnostic est entre parenthèse. En l'absence d'un code, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09041, 09042, 09044, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212 et 15435**, voir la Règle d'application n° 23.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	95,45
T ----	Supplément de consultation 111,15	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,60
T 09137	Supplément de durée (1*)	38,85
T 09129	Visite de contrôle	44,25
Maladies infectieuses en émergence :		
T 15104	Visite principale	116,40
NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.		

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	105,60
16111	Visite principale à partir de la 21 ^e journée de la date d'admission	105,60

AVIS : Voir la règle 5.4 du préambule général.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	105,60
----	Supplément de consultation 98,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,50
09080	Supplément de durée (1*)	20,75
09094	Visite de transfert	90,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

R = 1

09152	Visite de contrôle.	40,55
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	69,85
09000	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin micro- biologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	206,60
09007	premier jour	42,25
	jour subséquent	
	NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.	
	Gestion d'écllosion intra-établissement mineure (SARM, SARV, ERV, C.difficile, Bacilles gram négatif multirésistants, Diarrhée infectieuse, Influenza, VRS, Légionellose, Gale, Aspergillus, S.aureus, M.tuberculosis et autres pathogènes en néonatalogie)	
+	NOTE : Maximum 1 gestion d'écllosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15252	premier jour	275,00
15253	jour(s) subséquent(s) (maximum 9).....	137,50
+	NOTE : L'acte codé 15253 ne peut être majoré selon les dis- positions relatives à la règle 14 du préambule général.	
	Gestion d'écllosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hémotogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)	
+	NOTE : Maximum 1 gestion d'écllosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15254	premier jour	550,00
15255	jour(s) subséquent(s) (maximum 9).....	275,00
+	NOTE : L'acte codé 15255 ne peut être majoré selon les dis- positions relatives à la règle 14 du préambule général.	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie- infectiologie.	

15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	110,00
15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport.	275,00

NOTE : L'acte codé 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).

AVIS : Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **15252 à 15257** dans la section Actes;
- le nombre de rapports (**15256 et 15257**) dans la case UNITÉS.

*Pour l'acte **15257**, conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Soins critiques :		
16060	Visite principale.	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . .	232,35
16061	Visite de transfert	126,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09019	Visite de contrôle.	45,75
Maladies infectieuses en émergence :		
09026	Visite principale.	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
16062	Visite de contrôle.	45,75

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09030	Planification du traitement	103,20
	NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
15434	Planification de l'antibiothérapie séquentielle orale d'une durée d'au moins 21 jours chez un patient de 12 ans ou moins	88,60
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95
	<u>AVIS</u> : Inscire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	143,35
09096	chaque jour subséquent	83,50
	<u>AVIS</u> : - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
	Externe	
09162	Visite principale	76,40
----	Supplément de consultation	88,95
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09078	Supplément de durée	31,10
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine. Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

		R = 1
09164	Visite de contrôle	35,40
	Maladies infectieuses en émergence :	
09041	Visite principale	93,15
----	Supplément de consultation 92,85	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	186,00
09043	Visite de contrôle	40,55
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
15435	Visite principale	80,00
	Supplément de consultation 152,35	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09032	Planification du traitement	103,20
	NOTE : Les actes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
09045	Visite de contrôle	52,40
15003	Expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient	186,00
	NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut être facturée.	

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
	Maladies infectieuses en émergence :	
09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	232,35
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	30,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90
09148	Visite de contrôle	14,40
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	56,20

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	76,40
	Supplément de consultation 88,95	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09088	Supplément de durée	31,10

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.*

09202	Visite de contrôle	35,40
	<i>Maladies infectieuses en émergence :</i>	
09074	Visite principale	93,15

09164	Visite de contrôle	33,05
	Transplantation	
T 15446	Visite principale	88,70
T 15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	44,35
T 15448	Visite pendant la première année post-transplantation	110,85
T 15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
T 15450	Visite post-biopsie rénale	110,85
T 15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
T 15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	332,60
T 15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
T 15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	332,30
T 15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
T 15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel	44,35

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	24,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,15
09148	Visite de contrôle	13,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

T 09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient de moins de 18 ans	65,80
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient	
T 15035	patient de 18 ans ou plus	530,00
T 15036	patient de moins de 18 ans	1679,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans	
15457	dialyse initiale	200,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus	
T 15040	dialyse initiale	197,50

	Dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
T 15041	patient de 18 ans ou plus	40,80
T 15042	patient de moins de 18 ans.	131,70
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
T 15043	patient de 18 ans ou plus	50,55
T 15044	patient de moins de 18 ans.	144,85
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en tout temps	
T 15045	patient de 18 ans ou plus	52,65
T 15046	patient de moins de 18 ans.	144,85
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, samedi, dimanche ou un jour férié	
T 15047	patient de 18 ans ou plus	46,15
T 15048	patient de moins de 18 ans.	138,30
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, samedi, dimanche ou un jour férié	
T 15722	patient de 18 ans ou plus	50,90
T 15723	patient de moins de 18 ans.	145,80
	NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.	
T 15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	530,10
T 15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	530,10

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	71,65
----	Supplément de consultation 82,65	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30
09088	Supplément de durée	33,05

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	33,05
-------	------------------------------	-------

**NEUROLOGIE,
NEUROPSYCHIATRIE
ET ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE**

Cabinet privé :

15697	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément.	225,00
	Maximum 2 par an, par patient, pour les actes codés 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	
	NOTE : L'acte codé 15697 n'est facturable qu'avec les actes codés 09127, 09129 et 09165.	
09127	Visite principale	101,60
T 16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 82,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,20
15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément.	21,65
09137	Supplément de durée (1*)	35,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15698	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
09129	Visite de contrôle	56,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :

	Hospitalisation	
09150	Visite principale	109,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,50

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

----	Supplément de consultation	58,45	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		167,95
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément		21,65
09080	Supplément de durée (1*)		20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
09094	Visite de transfert		109,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
15699	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique.		150,00
	Maximum 2 par mois, par patient		
09152	Visite de contrôle		40,65
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		54,15
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
	premier jour		126,70
09096	chaque jour subséquent		73,70
	<u>AVIS :</u> - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient		
09097	premier jour		104,00
09098	chaque jour subséquent		104,00
	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
16070	premier jour		109,50
16071	chaque jour subséquent		79,85
	NOTE : L'acte codé 16070 ne peut être facturé avec une autre visite, le même jour.		
	NOTE : L'acte codé 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.		

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

00024	Visite de départ	119,15
	NOTE : L'acte codé 00024 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 16071.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section</i> Établissement.	
	Externe	
15700	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément	225,00
	Maximum 2 par an, par patient, pour les actes codés 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	
	NOTE : L'acte codé 15700 n'est facturable qu'avec les actes codés 09162, 09164 et 09170	
09162	Visite principale	76,30
T 16072	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 67,15	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15136	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09078	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.</i>	
15701	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
15702	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique	150,00
	Maximum 2 par mois, par patient	
09164	Visite de contrôle	43,25

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,95
15137	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	28,80
T 16073	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	28,80
T 16074	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,80
09148	Visite de contrôle	15,05

Centre hospitalier :

15599	Réunion neuromusculaire multidisciplinaire : Évaluation, par un neurologue surspécialisé en pathologies neuromusculaires et/ou neurogénéticien en compagnie d'un pathologiste, du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un diagnostic et un plan de traitement avec production d'un rapport au dossier du patient. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une réunion neuromusculaire multidisciplinaire à laquelle participent au moins deux médecins d'au moins deux spécialités différentes, incluant au minimum un pathologiste et un neurologue	50,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	76,30
T 16075	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS</u> : Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 67,15	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15138	enfant de 14 ans ou moins, supplément.	21,65
09088	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09202	Visite de contrôle	43,25

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

S	15516	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite;	
		- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	26,00
		NOTE : L'acte codé 15516 est facturable avec les actes codés 09165, 09281, 09286, 15080, 15196 et 16076.	
		AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	09149	Visite principale	52,00
	15108	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	31,00
		AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie.	
		AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	----	Supplément de consultation 49,00	
	09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	101,00
	----	Supplément de consultation intradisciplinaire 76,00	
	09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	128,00
	----	Supplément de consultation interdisciplinaire 49,00	
	09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	101,00
	15196	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir règle 10.3 - addendum 6)	150,00
		AVIS : Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.	
		AVIS : Aux fins de facturation de la consultation initiale, inscrire les renseignements relatifs à la femme requérant le service dans la section sur l'identité de la personne assurée.	
	AVIS :	(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
		(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
		(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	

15517	Réévaluation subséquente dans le cadre de la procréation assistée Maximum 2 réévaluations subséquentes par année (voir règle 10.3 - addendum 6)	75,00
	<u>AVIS :</u> <i>Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>	
15197	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	250,00
	<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, inscrire les renseignements relatifs à la femme requérant le service dans la section sur l'identité de la personne assurée.</i>	
15296	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication liée à la procréation médicalement assistée.	180,00
	NOTE : L'acte codé 15296 ne peut être facturé avec les actes codés 15294, 15295, 15297 et 15298 le même jour, par le même médecin.	
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	101,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09129	Visite de contrôle	21,00
09138	Visite prénatale	27,90
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	31,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance.	160,00
16078	visite subséquente	45,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	

	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal . . .	
15518	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	130,00
15519	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	52,00
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15520	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	175,00
15521	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	39,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15522	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :	
	- IMC >= 35;	
	- Patiente âgée <= 13 ans;	
	- Patiente âgée >= 70 ans;	
	- Patiente à mobilité réduite;	
	- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	23,00
	NOTE : L'acte codé 15522 est facturable avec les actes codés 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.	

S

AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

09151	Visite principale	46,45
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	46,45
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	27,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.**AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.**

09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
	NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	48,00

16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	96,00
	NOTE : L'acte codé 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
	Évaluation et prise en charge d'une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée	
15294	premier jour	200,00
15295	par jour subséquent	50,00
	NOTE : Les actes codés 15294 et 15295 ne peuvent être facturés avec les actes codés 15296, 15297 et 15298 le même jour, par le même médecin.	
15297	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée ..	200,00
	NOTE : L'acte codé 15297 ne peut être facturé avec les actes codés 15294, 15295, 15296 et 15298 le même jour, par le même médecin.	
----	Supplément de consultation 43,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	90,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 66,55	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	113,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 43,55	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	90,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 131,95	
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	178,40
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	90,00

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	55,00
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	132,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (2*)	25,00
15085	Supplément de durée	20,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	18,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	24,80

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	27,00
-------	---	-------

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
-------	--	------

09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	33,00
-------	--	-------

15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00
-------	---	-------

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00
-------	--	------

AVIS : (2*) Voir la règle 7.2 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

15086 Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance 150,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15087 visite subséquente 50,00
NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection

15088 Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance 150,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15089 visite subséquente 50,00

15523 Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile 154,00
15524 visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile. 34,50

15525 Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation 500,00
NOTE : L'acte codé 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des actes sous les onglets *Gynécologie et Obstétrique*.

Externe

15526 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :
- IMC >= 35;
- Patiente âgée <= 13 ans;
- Patiente âgée >= 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;

- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués 20,00
NOTE : L'acte codé 15526 est facturable avec les actes codés 09170, 09283, 09288, 15090, 15143, 15198 et 16088.

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

S

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

- * 1) En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.
- D **2) L'évaluation neuro-ophtalmologique d'un patient dirigé par un médecin spécialiste pour une suspicion de pathologie neuro-ophtalmologique est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.
- + ***3) La consultation intradisciplinaire pour condition oculaire inflammatoire sévère est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie une formation particulière en uvéite.

AVIS : Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

T 09252	Visite principale	73,65
----	* Supplément de consultation 20,25	
T 09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	93,90
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 32,85	
T 09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	106,50
T 15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	93,90

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09292	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
T 09123	** Évaluation neuro-ophtalmologique	133,00
T 09129	Visite de contrôle	42,00
+ 15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	84,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

T 09150	Visite principale	68,20
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,20
T ----	* Supplément de consultation 15,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	83,20
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 33,05	
T 09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
+ 15752	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	160,00
+ 15753	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
+	NOTE : L'acte codé 15753 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.	
T 15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

AVIS : Inscrive l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

T 16095	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	200,00
T 15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	77,75
	NOTE : L'acte codé 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09152	Visite de contrôle	38,85
T 09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	66,10
+ 15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois.	79,55

Soins intensifs

T 15179	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	136,50
T 15180	Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire	68,25

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.*
- Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.3.

Externe

T 09253	Visite principale	54,55
T ----	* Supplément de consultation 15,00	
T 09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,55
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 47,70	
T 09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	102,25
+ 15754	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation) (2*)	160,00
+ 15755	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
+	NOTE : L'acte codé 15755 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes	
T 15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

T 16096	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
(2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

R = 1

T 09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	200,00
T 15181	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	62,20
	NOTE : L'acte codé 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
T 09164	Visite de contrôle	31,10
T 15258	Visite de contrôle le week-end et les jours fériés	52,85
+ 15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	79,55

Salle d'urgence

T 15182	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,75
---------	---	--------

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

T 09147	Visite principale	68,20
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	68,20
T 09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	83,20
T 09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
T 15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

09148	Visite de contrôle	38,85
-------	------------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
 (2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

Centre hospitalier :		
09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un médecin ophtalmologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins ophtalmologistes	46,60
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de</i> <i>médecin qui a dirigé le malade, dans les cases</i> PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
15532	Oncologie oculaire Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	90,00
	NOTE : L'acte codé 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient.	
	NOTE : L'acte codé 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation.	
----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	70,00
15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire)	160,00
15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	60,00
15535	Évaluation initiale par un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire faite à la demande d'un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire, pour opinion complémentaire, le même jour, par patient	120,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de</i> <i>l'ophtalmologiste qui a dirigé le malade, dans les cases</i> PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
15536	évaluation subséquente, par patient	60,00
	NOTE : Les actes codés 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.	
15537	Évaluation, au vu du dossier d'un patient, des résultats de l'examen orthoptique réalisé par un orthoptiste diplômé, dans le but de déterminer la conduite à tenir	15,00
	NOTE : L'acte codé 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour.	
	NOTE : L'acte codé 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile.	
	NOTE : L'acte codé 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09265	Visite principale	54,55
T ----	* Supplément de consultation 15,00	
T 09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,55
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 47,70	
T 09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
T 15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,55
AVIS : Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
T 16097	Supplément de durée	50,00
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
T 09202	Visite de contrôle	31,10
+ 15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	79,55

* NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

PÉDIATRIE

15185	Un ou des tests d'allergies alimentaires	28,50
Cabinet privé :		
09127	Visite principale	56,65
----	Supplément de consultation 130,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,25
15538	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00082	Supplément de durée.	110,15
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.		
<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
15049	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	127,85
<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
16099	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste.	94,70
09194	Examen général	56,65
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
09129	Visite de contrôle	51,75
15164	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure par séance.	55,05
<u>AVIS :</u> - Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre; - Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; - Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.		

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale.	165,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois.	165,20
----	Supplément de consultation 33,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	198,25
15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
T ----	Supplément de consultation en sous-spécialité 72,80	
T 15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	237,90
+ 15756	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément.	70,00
+	NOTE : L'acte codé 15756 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
15542	Supplément de durée.	130,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15543	Évaluation et prise en charge d'un patient avec pathologie complexe nécessitant une expertise en centre tertiaire (ex. : revue extensive de littérature, consultation(s) hors province, recherches diverses, devant être colligées au dossier), incluant rencontre et explications données au patient et/ou aux parents Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile.	200,00
	NOTE : L'acte codé 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite et est réservé aux centres hospitaliers suivants :	
	- CHUQ - CHUL	
	- CHUS - Hôpital Fleurimont	
	- CUSM - Site Glen (pédiatrique)	
	- Hôpital Sainte-Justine	

D

09094	Visite de transfert	143,20
-------	-------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15544	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour Maximum d'une prise en charge par patient.	400,00
-------	---	--------

15112	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	127,85
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
09152	Visite de contrôle	34,15
15165	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par 30 minutes	
D	Maximum : 90 minutes par patient, par médecin, par 15 jours d'hospitalisation	55,05
	NOTE : L'acte codé 15165 ne peut être majoré selon les dispositions de la règle 14 du préambule général.	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;</i> - <i>Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i> - <i>Inscrire le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.</i>	
00086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération	165,20
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.</i>	
00081	Examen du nouveau-né normal à la naissance	60,00
15545	au départ	60,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	NOTE : L'acte codé 15545 ne peut être facturé avec aucune autre visite durant l'hospitalisation à l'exception de l'acte codé 00081.	
09161	Tournée des malades le week-end	125,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	
+ 15757	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00
+	NOTE : L'acte codé 15757 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	198,25
09096	chaque jour subséquent	126,65

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>
	<i>Surveillance à l'unité des soins intensifs (réf. : annexe 29, art. 4.8)</i>	
00010	<i>Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel.</i>	<i>32,00</i>
	<i>Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	

15114	Visite de suivi pour patient immunosupprimé primaire ou secondaire ou ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	126,65
-------	---	--------

15696	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément.	70,00
-------	---	-------

NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre
NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du préambule général.
NOTE : L'acte codé 15696 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.*
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un code d'établissement 4XXX6.

15546	Visite en fin d'hospitalisation pour coordination d'antibiothérapie ou de soins palliatifs à domicile Maximum : 1 par patient.	150,00
-------	--	--------

NOTE : L'acte codé 15546 ne peut être facturé avec aucun autre acte.

00024	Visite de départ.	110,15
-------	------------------------	--------

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale	66,10
----	Supplément de consultation 77,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,20
15547	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
T ----	Supplément de consultation en sous-spécialité 105,75	
T 15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	171,85
15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00083	Supplément de durée	88,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	82,60
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin	
15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	90,00
15551	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour	
	Maximum d'une prise en charge par patient	400,00
15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	89,90
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	66,10
09196	Examen général.	29,80
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
09164	Visite de contrôle	25,35

15166	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure par séance	55,05
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;</i> - <i>Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.</i>	

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	165,20
09296	Visite principale subséquente, par mois	165,20
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	198,25
09148	Visite de contrôle	34,15
16102	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure par séance	55,05
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;</i> - <i>Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.</i>	

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00
15552	Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour	200,00

PHYSIATRIE**Cabinet privé :**

T 09127	Visite principale	90,10
----	Supplément de consultation 71,30	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,40
09137	Supplément de durée (1*)	44,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	47,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	114,15
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15321	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15321 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15322	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15322 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15323	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
15324	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15325	si médecin traitant, supplément	17,40

AVIS :

(1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15326	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
09080	Supplément de durée (1*) NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	17,90
09094	Visite de transfert <u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.6 du préambule général.</i>	72,75
09152	Visite de contrôle.	38,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	51,75
00024	Visite de départ. <u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	104,10

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

Externe		
09162	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 54,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
09078	Supplément de durée (1*)	26,65
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09164	Visite de contrôle	35,10
-------	--------------------------	-------

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,55
15328	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15328 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15329	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15329 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15330	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre de réadaptation**Hospitalisation**

T 15331	Visite principale	114,15
T 15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
T 15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15334	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15334 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15335 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15336	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15337	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15338	si médecin traitant, supplément	17,40
15339	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
15340	Visite de transfert <u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	72,75
15341	Visite de contrôle.	38,80
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	51,75
15343	Visite de départ. <u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	104,10
Externe		
15344	Visite principale.	67,35
15345	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	15,00
----	Supplément de consultation 54,30	
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
15347	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	27,10
15348	Visite de contrôle.	35,10

*ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE***RÈGLE 1.****THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE**

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.**+ INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT ET EN CABINET**

- + **3.1** Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour les échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement ou avec les membres de l'équipe multidisciplinaire d'un cabinet, au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux et psycho-sociaux.

3.2 On distingue deux types d'intervention de suivi :

Courte intervention

La courte intervention de suivi ne requiert aucune durée minimale. Elle est payable une fois par patient, par jour.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.**VISITES ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.**UNITÉS DE TEMPS**

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 6.**VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

RÈGLE 7.**ADMINISTRATION ET INTERPRÉTATION D'OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE**

7.1 En psychiatrie, la liste des outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie donnant droit à la facturation des actes 15564, 15571, 15584, 15595, 15689, 15691, 15692 et 15693 apparaissant à la section **B – VISITES** est en annexe ci-après.

7.2 Les services médicaux visés à l'article 7.1 sont sujets à un plafonnement global d'activités de 125, pour l'ensemble, par médecin, par semestre. »

+ **ANNEXE / Règle 7****LISTES DES OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE**

ÉCHELLES CLINIQUES UTILISÉES EN PSYCHIATRIE

LISTE A. Échelles cliniques courtes ou auto-administrées**Dépression**

BDI-II (Beck Depression Inventory, Second edition)

Zung SDS (Zung Self Rating Depression Scale)

ASEX (Arizona Sexual Experiences Scale)

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Maladie bipolaire

MDQ (Mood Disorders Questionnaire)

Troubles Alimentaires

Eating Attitudes Test (EAT-26; Garner, 1982)

Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q; Fairburn 1987)

Toxicomanie/alcoolisme

Clinical Alcohol Use Scale (AUS)

Clinical Drug Use Scale (DUS)

CIWA-A : Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised

CAGE

DAST (Drug Abuse Screening Test)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Troubles Anxieux

BAI (Beck Anxiety Inventory)

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

Qualité de vie / capacité pour travail

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)

Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale-répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Sheehan Disability Scale (SDS) : Questionnaire de David Sheehan (répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Q-LES-Q (Quality of Life Employment and Satisfaction Questionnaire)

Pédopsychiatrie**Symptômes anxieux**

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2)

Beck Anxiety Inventory for Youth (BYI)

Self-Report for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Dépression

Weinberg Depression Scale for children and adolescents (WDSCA)

Child Depression Inventory (CDI)

Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)

Maladie bipolaire

General Behavior Inventory (GBI)

Autisme

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Trouble oppositionnel

Conduct Disorder Scale (CDS)

LISTE B. Échelles cliniques longues**Schizophrénie**

PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

CDS (Calgary Depression Scale)

ESRS (Extrapyramidal Symptoms Rating Scale)

AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale)

Barnes Akathisia Scale

Dépression

HAM-D-17 ou plus (Hamilton Depression Scale)

MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)

C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

Maladie bipolaire

YMRS (Young Mania Ratings Scale)

Neuropsychiatrie

GDS (Geriatric Depression Scale)

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

CMAI (Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield)

CSDD (Échelle de dépression de Cornell pour la démence)

Échelle d'apathie de Marin

Troubles alimentaires

Eating Disorders Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1966)

Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3; Garner, 2004)

Troubles Anxieux

ESPT (PTSD) : TOP 8 (Treatment Outcome PTSD) de Davidson

TAG (GAD) : Penn State Worry Questionnaire, HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)

TOC (OCD) : YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale)

Trouble de Panique : (1) PDSS (Panic Disorder Severity Scale) / (2) PAS (Panic and Agoraphobia Scale)

Agoraphobie : (1) Mobility Inventory and Fear Questionnaire / (2) The Agoraphobia Scale

Trouble d'anxiété sociale : LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)

TDAH

ASRS

Conners

Grille de vérification rapide du TDAH chez adulte de Barkley (mise en perspective des symptômes actuels, leurs répercussions fonctionnelles et de leur assise en enfance pour le TDAH chez l'adulte)

WURS (à faire à l'évaluation seulement)

Pédopsychiatrie**Symptômes anxieux**

Depression and Anxiety in Youth Scale (DAYS)

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)

Phobie sociale

Liebowitz Social Anxiety Scale Child Adolescent version (LSAS-CA)

Social phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC-C)

Trouble obs-compulsif

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Dépression

Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS)

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS)

Children's Depression Scale (CDS)

RÈGLE 8.**COMPLEXITÉ CLINIQUE**

8.1 Un supplément est accordé pour prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques, soit :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle, curatelle);
- Patient atteint de 3 diagnostics psychiatriques ou plus;
- Patient ayant une polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus); (patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus), excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre;
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre).

Ce supplément est payable avec la visite principale, la consultation ainsi que la visite de réévaluation psychiatrique, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

RÈGLE 9.**RAPPORT DÉTAILLÉ DE CONSULTATION**

- + **9.1** Le rapport détaillé de consultation comprend l'anamnèse, les antécédents, l'examen mental, un diagnostic détaillé ainsi qu'un plan de traitement actuel et futur biopsychosocial détaillé, permettant au médecin référant ou traitant de reprendre le suivi du patient.

AVIS : Voir le code d'acte **15553** sous le présent onglet.

PSYCHIATRIE

T	15553	Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation	120,00
		NOTE : L'acte codé 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gérontopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation.	

AVIS : Voir la règle 9.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

	15554	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières	50,00
D		NOTE : L'acte codé 15554 est facturable avec les actes codés 00024, 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08832, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980, 08981, 08789, 08817 ou 08818.	

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Cabinet privé :

	15555	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	36,00
		NOTE : L'acte codé 15555 est facturable avec les actes codés 08780, 08781, 08782, 08920, 08921, 08922, 08935 ou 16104.	

	15556	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	180,00
		NOTE : L'acte codé 15556 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

	08920	Visite principale	215,00
T	----	Supplément de consultation 150,00	
T	08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	365,00
	08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	242,00
T	----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 218,00	

T 08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	460,00
08781	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . .	225,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 165,00	
T 08782	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	390,00
15557	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	48,00
	NOTE : L'acte codé 15557 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16104	Visite de réévaluation psychiatrique	143,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15558	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15559	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	135,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15560	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	24,00
	NOTE : L'acte codé 15560 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15561	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	1 080,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15562	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	

15563	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	72,00
15564	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15564 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	15,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15689	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15689 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	40,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08922	Visite de contrôle	81,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	55,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	55,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	52,00
08840	patients de 65 ans et plus	52,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	97,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	68,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08908 et 08915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps.	55,00
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	44,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	
+	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
+ 08798	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	44,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles 3.1 et 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15565	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00
D	NOTE : L'acte codé 15565 est facturable avec les actes codés 00024, 08783, 08784, 08785, 08786, 08832, 08936, 08961, 08970, 08971, 08972 ou 16105.	
15690	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.	150,00
	NOTE : L'acte codé 15690 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
08970	Visite principale.	183,00
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	183,00
T ----	Supplément de consultation 107,00	
T 08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 160,00	
T 08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) .	193,00
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 117,00	
T 08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	310,00
15566	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15566 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16105	Visite de réévaluation psychiatrique.	79,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15567	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathe et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15568	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15571	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3)	10,00
	NOTE : L'acte codé 15571 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15691	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3).	35,00
	NOTE : L'acte codé 15691 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08972	Visite de contrôle	41,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	48,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	48,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	46,00
08844	patients de 65 ans et plus	46,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00

AVIS : Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

AVIS : Pour facturer les codes d'acte **08974** et **08975**, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	37,50

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
08822	courte intervention	26,00
+	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15572	premier traitement	250,00
08977	traitement subséquent	135,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15573	première séance	350,00
15574	séance subséquente	175,00
08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	62,00

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08918	premier jour	307,65
08919	chaque jour subséquent	111,85
	AVIS : - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>	
	- <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i>	
	- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i>	
	- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i>	
	<i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>104,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>104,00</i>
T 00024	Visite de départ	183,00
	AVIS : <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
15575	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
	NOTE : L'acte codé 15575 est facturable avec les actes codés 08787, 08788, 08789, 08937, 08980, 08981, 08982 ou 16106.	
15576	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	150,00
	NOTE : L'acte codé 15576 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
	AVIS : <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
08980	Visite principale	183,00
T ----	Supplément de consultation	137,00
T 08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	320,00
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	180,00
T 08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	400,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	147,00
T 08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	340,00

15577	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15577 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16106	Visite de réévaluation psychiatrique.	133,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.</i>	
15578	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathe et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.</i>	
15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne.	125,00
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
15580	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.	20,00
	NOTE : L'acte codé 15580 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15581	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur.	900,00
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	

15582	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	
15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15584	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3)	10,00
	NOTE : L'acte codé 15584 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15692	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3)	35,00
	NOTE : L'acte codé 15692 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08982	Visite de contrôle	72,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08845	patients de moins de 12 ans	48,00
08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08849	patients de 65 ans et plus	46,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.....	37,50
-------	--	-------

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

08824	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade courte intervention	26,00
+	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	
08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15585	premier traitement	250,00
08987	traitement subséquent	135,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15586	première séance	350,00
15587	séance subséquente	175,00

+ Salle d'urgence :

+	08799 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	267,00
+	08817 Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	350,00
+	08818 Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	287,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

15588	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15588 est facturable avec les actes codés 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08932, 08940, 08941, 08947 ou 16107.

08940	Visite principale	183,00
08947	Visite principale subséquente, par trimestre	183,00
08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	267,00
08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	350,00
08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) ..	193,00
08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00

08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	287,00
15589	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15589 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16107	Visite de réévaluation psychiatrique	79,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15590	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15591	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	20,00
	NOTE : L'acte codé 15591 est facturable une fois par patient, par médecin, par jour.	
15592	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15593	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures	
15594	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15595	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3)	10,00
	NOTE : L'acte codé 15595 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> Incrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

15693	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3)	35,00
	NOTE : L'acte codé 15693 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08941	Visite de contrôle	41,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	48,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08853	patients de 65 ans et plus	46,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08826	courte intervention,	26,00
+	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	37,50
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	Domicile :	
08945	Visite principale	46,00
08946	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

15675	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00
	NOTE : L'acte codé 15675 est facturable avec les actes codés 08795, 08796, 08797, 08914, 08989, 08990, 08991 ou 16108 .	
15676	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.	150,00
	NOTE : L'acte codé 15676 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
08989	Visite principale.	183,00
T ----	Supplément de consultation 137,00	
T 08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	320,00
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 180,00	
T 08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	400,00
08796	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . . .	193,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 147,00	
T 08797	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	340,00
15677	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier.	40,00
	NOTE : L'acte codé 15677 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	

T	16108	Visite de réévaluation psychiatrique	133,00
		AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
#	15678	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	40,00
		AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
#	15679	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	125,00
		AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
	15680	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.....	20,00
		NOTE : L'acte codé 15680 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
	15681	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur . . .	900,00
		AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
	15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur.	750,00
		AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
	15683	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
#		Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)	
T	15684	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3).....	10,00
		NOTE : L'acte codé 15684 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	08990	Visite de contrôle	72,00

	<i>Thérapie psychiatrique, par unité de temps</i>		
T 08954	<i>patients de moins de 12 ans</i>		48,00
T 08955	<i>patients de 12 ans à moins de 18 ans</i>		48,00
T 08956	<i>patients de 18 ans à moins de 65 ans</i>		46,00
T 08957	<i>patients de 65 ans et plus</i>		46,00
T 08958	<i>Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps</i>		89,00
T 08959	<i>Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps</i>		59,00
	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.		
	<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08958 et 08959 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.		
T 08960	<i>Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps</i>		48,00
T 08962	<i>Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps</i>		37,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.		
	<i>Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade</i>		
T 08963	<i>courte intervention</i>		26,00
T 08964	<i>longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)</i>		37,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.		
	<i>Électroconvulsivothérapie (ECT)</i>		
15685	<i>premier traitement</i>		250,00
T 15688	<i>traitement subséquent</i>		135,00
	<i>Stimulation magnétique transcrânienne</i>		
15686	<i>première séance</i>		350,00
15687	<i>séance subséquente</i>		175,00

RHUMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **00031, 00043, 00064, 15468 et 15475**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	108,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	27,60
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation 110,50	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	219,00
15286	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 110,50	
15468	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	219,00

NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15469	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
00032	Supplément de durée (1*)	96,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	62,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	106,40
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	106,40
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	26,60
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 60,60	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
00037	Supplément de durée (1*)	61,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

00038	Visite de transfert	106,40
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.6 du préambule général.</i>	
00039	Visite de contrôle	57,00
T 00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	95,50
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	104,00
00024	Visite de départ	140,45
15289	patient de moins de 18 ans, supplément	35,10
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
00042	Visite principale	80,00
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 80,00	
15475	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière) .	160,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
15476	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

R = 1

00044	Supplément de durée (1*)	70,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

00045	Visite de contrôle	45,00
-------	------------------------------	-------

Salle d'urgence

15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15479	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15480	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	80,00
15292	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15293	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
00065	Supplément de durée (1*)	70,00
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
00066	Visite de contrôle	45,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

UROLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 15596, 15597 et 16110**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	59,30
T 15596	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	59,30
T ----	Supplément de consultation 25,65	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	84,95
T 09129	Visite de contrôle	22,00
+ 15758	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	47,70
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,70
T ----	Supplément de consultation 34,55	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	82,25
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 74,00	
T 16109	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	121,70
NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.		
T 09152	Visite de contrôle	19,10
+ 09161	Tournée des malades le week-end	34,25
(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		

Externe

T 09162	Visite principale	45,60
T 15597	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	45,60
T ----	Supplément de consultation 19,75	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	65,35
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale	
	ou pour bilan urodynamique	63,70
T 16110	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	109,30
	NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.	
T 09164	Visite de contrôle.	16,90
+ 15760	Si patient de moins de 14 ans, supplément.	10,00

Salle d'urgence

15598	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00
	AVIS : <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>	

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	25,80
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	25,80
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,50
T 09148	Visite de contrôle	13,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

T 09168	Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport	45,00
---------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : ((1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale.....	45,60
T	----	Supplément de consultation 19,75	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	65,35
T	09202	Visite de contrôle.....	16,90

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

DIVERS

+ 15761 Un supplément est prévu lorsque la communication avec le patient ou le parent d'un enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément est facturable en cabinet et en établissement lors d'une visite. 25,00

AVIS : Voir la règle 35 du préambule général.

15264 Constat de décès :
 Constat de décès à distance 25,00
 NOTE : L'acte codé 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.

09200 rédaction de la déclaration de décès 31,00
 (formulaire SP3)

AVIS : Voir la règle 20 du préambule général.

00080 Surveillance
 première demi-heure 39,00
 par quart d'heure additionnel 39,00

AVIS : Voir la règle 9 du préambule général.

Aux fins de la facturation, inscrire :

- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- lorsque le patient est admis, la date de son admission dans la section Établissement;
- le nombre d'unités dans la case UNITÉS en utilisant une seule ligne. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel.

Fournir les renseignements suivants dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire - considération spéciale (1944) :

- L'heure de début et de fin;
- Les notes explicatives qui comprennent une description spécifique de l'évolution de l'état du patient ou tout autre document jugé pertinent justifiant la disponibilité immédiate du médecin;
- Le ou les codes de diagnostic.

R = 1

09246	Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier	
	première demi-heure	78,00
	par quart d'heure additionnel	78,00

AVIS : Voir la règle 9.3 du préambule général.

Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités dans la case UNITÉS, correspondant au temps requis pour l'aller seulement.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la section Établissement et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de toute autre gare d'embarquement.

08925	Thérapie de communication	46,00
	(Voir règle 7 du préambule général)	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 2.

R = 1

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS
EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE N° 64)**

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :
09070 prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport 185,00

Dans un établissement :
09071 prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport 153,00

Supplément :
(cabinet ou établissement)
09073 supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives) 54,00

AVIS : *Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.*

Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance
15260 évaluation - suite à une ordonnance de la cour 556,00

Évaluation au vu du dossier de l'enfant
15261 évaluation - au vu du dossier 278,00

15262 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure 175,00

AVIS : *Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ou les renseignements essentiels dans les cases correspondantes de la demande de paiement dans le cas où le numéro d'assurance maladie n'est pas disponible;
- pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'acte **15262** dans la section Actes;
- le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

AVIS : *Lorsqu'une ordonnance du tribunal est requise, veuillez la conserver pour un période de 60 mois aux fins de références ultérieures.*

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS
MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
(LETTRE D'ENTENTE N° 172)**

98000	Évaluation – garde préventive	150,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	250,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	250,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	950,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	175,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	300,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 000,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	600,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	600,00
D 98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	600,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	600,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse.	600,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.	175,00
98020	Signalement à la DPJ	400,00
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé).	480,00
98022	Communication en vue d'une évaluation de dangerosité.	150,00

AVIS : *Pour la facturation des codes 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020, 98021 et 98022, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020, 98021 et 98022 dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro d'établissement dans la section Établissement;
- le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.

Voir la page suivante pour la suite des avis administratifs.

INDEX

Page

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	C-3
Allergie	C-3
Analyse de laboratoire	C-5
Angiologie	C-6
Aphérese	C-8
Aspiration	C-8
Audiométrie	C-9
Biopsie (unique ou multiple)	C-9
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	C-11
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant	C-14
Cardiologie	C-16
# Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques	C-18
Interventions cardiologiques	C-21
Stimulateur cardiaque	C-24
Électrophysiologie	C-26
Réanimation	C-26
Cathétérisme veineux	C-28
Diabétothérapie	C-29
Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)	C-30
Hémodialyse	C-31
Électroencéphalographie	C-32
Électromyographie	C-34
Électrolyse	C-37
Épilation au laser	C-37
Épistaxis	C-37
Épreuves de fonction respiratoire	C-37
Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)	C-38
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées	C-40
Examens vestibulaires	C-40
Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport	C-40
# Extraction	C-40
Gastro-entérologie	C-41
Hémofiltration	C-46
Injections	C-47
Insufflation gazeuse	C-49
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx	C-49
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant	C-50
Neurochirurgie	C-52
Neurologie	C-52
Obstétrique-gynécologie	C-53
Biopsie (unique ou multiple)	C-53
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-53
Ophtalmologie	C-55
Oeil	C-55
Biopsie (unique ou multiple)	C-55
Imagerie ophtalmique	C-58
Oxygénation extracorporelle	C-60
Hypothermie	C-60
# Pléthysmographie	C-61
Phoniatry	C-62

Photodynamie	C-63
Photothérapie	C-63
Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)	C-63
Potentiels évoqués	C-65
Psychiatrie	C-66
Radiologie	C-66
Procédés diagnostiques et thérapeutiques incluant, le cas échéant, le contrôle fluoroscopique, échographique, tomодensitométrie ou par IRM sauf lorsque spécifié au tarif	C-66
Angioplastie transluminale per-cutanée non coronarienne	C-66
Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)	C-67
Crânienne et spinale	C-67
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs	C-68
Cathétérismes veineux	C-68
Embolectomie	C-69
Extraction de corps étrangers	C-69
Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux	C-70
Perfusion artérielle médicamenteuse	C-70
Dénervation rénale	C-70
Interventions per-cutanées non vasculaires	C-71
Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intraabdominales ou rétopéritonéales (excluant les lésions musculo-squelettiques) avec appareil dédié	C-71
Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche	C-71
Interventions hépato-biliaires	C-71
Drainage percutané de voies biliaires	C-72
Interventions digestives	C-72
Interventions mammaires	C-73
Interventions urologiques ou endo-urologiques	C-75
Interventions neuro-squelettiques	C-76
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-77
Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-78
Mise en place d'un cathéter percutané	C-78
Implantation de marqueur(s)	C-79
Injection de substance de contraste	C-79
Radio-oncologie	C-80
Radiothérapie palliative	C-82
Curiothérapie	C-82
Rhinosinusologie	C-83
# Médecine hyperbare	C-86
# Traitements de physiothérapie	C-88
# Transfusion	C-89
# Transplantation d'organes	C-89
# Urologie	C-91
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales	C-92
B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales	C-93
C) Urodynamie	C-94
D) Procréation assistée	C-95

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération pour l'anesthésie locale liée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

AVIS : *Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs », « unilatéral ou bilatéral », ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Allergie

20104	Un supplément est payable si réaction anaphylactique nécessitant l'administration d'épinéphrine	160,00	200,00
	NOTE : L'acte codé 20104 n'est facturable qu'avec les actes codés 00100, 00152, 00161, 00334, 20105, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20504 et 20505.		
	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation		
00100	une injection	12,50	17,50
20105	deux injections ou plus, le même jour	17,50	22,50
	NOTE : Les actes codés 00100 et 20105 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.		
	Cuti-réaction par scarification, intradermoréaction ou les deux, par jour :		
20500	tests cutanés aux inhalants, interprétation et, le cas échéant, la technique	23,50	29,50
20501	tests cutanés aux aliments, interprétation et, le cas échéant, la technique (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie) ...	27,00	32,50

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20502	Scarification ou intradermoréaction tests cutanés au venin d'insectes, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie)	56,00	67,50	
20503	tests cutanés aux médicaments, interpréta- tion et, le cas échéant, la technique, par jour	45,00	56,00	
00107	Transfert passif	31,50	37,80	
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie et en oto-rhino-laryngologie)	5,65		
D 20106	Supervision de l'application cutanée contrôlée de substances chimiques à l'aide de chambrettes autocollantes laissées en place 48 heures et plus Maximum 200 allergènes par séance	1,00	1,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'allergènes dans la case UNITÉS.</i>			
20107	Lecture en temps direct effectuée 72 heures ou plus après l'application Maximum d'une seule lecture par patient, par application	30,00	30,00	
20108	Lecture de fiche signalétique (SIMDUT)	50,00	50,00	
20109	Élaboration et préparation d'échantillons pour tests par application (produits industriels ou médicaments non commercialement dispo- nibles)	300,00	300,00	
00152	Perfusion intraveineuse de gammaglobuline, incluant la surveillance	57,00		
20110	Perfusion intraveineuse d'immunomodulateur, incluant la surveillance	50,00		
20111	Injection anti-IgE, incluant la surveillance.	25,00		
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	102,20	102,20	
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	150,00		
20504	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	176,60		
20505	Test de provocation spécifique aux médicaments, toutes techniques, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	176,60		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2	
	00221	pharynx	28,65	30,25	5
	00222	plèvre : à l'aiguille	150,00	150,00	4
	00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	173,30		4
	00226	préscalénique	63,00	63,00	4
T	00227	prostate (à l'aiguille)	37,80	37,80	4
	00223	rate (avec manométrie)	61,25	61,25	4
	00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoidoscopie)	60,90	60,90	4
	00231	rectum	12,20	14,30	5
	00232	rein (à l'aiguille) (PG-28)	100,00	100,00	5
	00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	15,50	19,80	4
	00236	sinus	27,40	27,40	5
	00238	tendon	38,10	44,60	4
		testicules :			
T	00241	unilatérale ou bilatérale	41,90	50,50	5
	00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie) thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	58,70	69,40	4
	00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	28,00	45,00	
	----	transtrachéale ou transbronchique	(voir bronchoscopie)		
T	00244	urètre (sans endoscopie)	14,60	14,60	4
	00246	vaisseau superficiel	43,05	49,35	5

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

AVIS : *En urologie, voir la Règle d'application
n° 25.*

		bloc facettaire sous contrôle échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	00217	un site	42,30	66,70	
	20510	chaque site additionnel, par séance, maximum 4	21,00	21,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en
inscrivant le nombre total de sites
additionnels dans la case UNITÉS.*

NOTE : Une arthrographie ne peut être facturée lorsque effectuée dans la même séance qu'un bloc facettaire.

NOTE : Les actes codés 00217 et 20510 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00431 et 20598.

		Infiltration articulaire C1-C2 (atlanto-axiale) sous scopie avec positionnement intra- articulaire incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste			
	20511	unilatérale	185,20	218,30	
	20512	bilatérale	330,80	363,80	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00255	blocage d'un nerf somatique majeur tels radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28)	21,00	21,00	
	AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 1 sous l'onglet Règles d'application. Ce code d'acte ne peut être facturé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale.			
00722	bloc veineux	29,90	29,90	
00257	caudal	41,60	41,60	
20022	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	24,85	49,60	
00250	épidurale cervicale	75,60	75,60	
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	21,00	41,00	
00297	épidurale thoracique ou lombaire.	42,00	42,00	
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	21,00	41,00	
00258	ganglion de Gasser.	61,65	61,65	
00792	ganglion impar (Walther).	36,80	36,80	
00259	ganglion sphéno-palatin	55,25	55,25	
00260	ganglion stellaire	34,70	34,70	
00261	nerf fémoro-cutané	23,00	23,00	
00262	nerf laryngé supérieur.	33,60	33,60	
00719	nerf obturateur.	33,60	33,60	
00263	nerf phrénique.	28,35	28,35	
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	131,25	131,25	
00265	nerf sus-scapulaire	23,10	23,10	
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	44,05	44,05	
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical).	31,70	31,70	
	maximum par jour	79,25	79,25	
	AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 8 Blocage paravertébral sous l'onglet Règles d'application. Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
20023	cryothérapie, toute voie d'approche, toute technique, pour lésions musculo-squelettiques, un ou plusieurs sites à la même séance excluant les facettes	156,65		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection maximum un bloc par jour, par patient	36,80	36,80	
	Infiltration dans le foramen, sous télévision, d'une racine nerveuse cervicale ou thoracique, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée			
20513	une racine	176,40	209,50	
20514	deux racines ou plus	330,80	363,80	
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée			
00292	une racine	114,45	136,45	
00293	deux racines ou plus	179,70	216,10	
	paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) :			
00268	unilatéral	78,75	78,75	
00269	plexus brachial	42,00	42,00	
00322	sinus carotidien (PG-28)	33,10	33,10	
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	33,60	33,60	
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	33,75	33,75	

NOTE : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence, les prestations ci-dessus sont majorées de 100 % (MOD=052). Le MOD=052 ne peut être facturé avec les codes d'acte 00250, 00257, 00297 et 00722.

S

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant			
	Bronchoscopie :		
09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28) . . .	31,50	5
09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	105,00	4
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00	1
00724	avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	150,00	7
20120	avec thermoplastie bronchique, supplément	100,00	1
09400	avec autofluorescence, supplément	100,00	1
09401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00	1
09366	avec bronchographie, supplément	100,00	1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00	1
20085	avec navigation électromagnétique, supplément	100,00	1
20181	avec insertion de marqueurs (grains d'or) au niveau pulmonaire (transbronchique) pour radiothérapie stéréotaxique, supplément . .	150,00	1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00	1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnos- tique v.g. technique de Crystal, supplément	50,00	1
20121	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, sup- plément	50,00	1
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	157,50	5
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	157,50	1
00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	157,50	1
20015	dilatation de sténose bronchique ou tra- chéale par insufflation successive de balon- net à pression croissante, supplément	150,00	3
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément . .	100,00	1

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09344	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément		30,00	
	<p>AVIS : - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i></p> <p>- <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i></p>			
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire		279,80	6
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires		250,00	7
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)		144,90	7
00801	Réexpansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et post opératoire et l'anesthésie locale, si employée.		131,25	7
00811	Interventions percutanées transtrachéales Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations		105,00	7
00812	Réinsertion d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation suite au retrait accidentel moins de huit semaines après l'insertion initiale, incluant les remplacements et les aspirations		106,20	7
+	Trachéostomie percutanée effectuée aux soins intensifs (PG-28)			
+ 20515	premier intervenant		210,00	7
+ 20516	deuxième intervenant.		134,60	

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

CARDIOLOGIE

+ Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans (MOD=102)

Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans (MOD=103)

Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans (MOD=104)

Études et épreuves cardiologiques

Électrocardiogramme :

au bureau :

00340	interprétation	2,35	
00341	technique et interprétation	6,95	
00344	à domicile 22,15		

00339	Épreuve d'effort submaximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique, incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)		66,60
-------	---	--	-------

00309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés, y compris le tracé au repos)	48,30	
-------	--	-------	--

00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)	99,00	
-------	--	-------	--

00350	Électrocardiogramme dynamique (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation . . .	39,65	50,10
-------	---	-------	-------

NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position couchée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en pratiquant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur	57,40		
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus	25,75	25,75	
00690	bénéficiaire de moins de 2 ans	39,85	39,85	
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	66,40	66,40	
00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	100,15	100,15	
00313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)	80,00	80,00	5
20517	Si resynchronisation, supplément	20,00	20,00	
	NOTE : L'acte codé 20517 peut être facturé en supplément des actes codés 00313, 00685, 00690, 00693 ou 00705.			
00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	73,40		
00704	Épreuve au dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal, si effectué le même jour ..	73,40		

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	-----------------------------	------------------	---------------------------

00780 Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne, incluant la visite.
12,55 \$ par heure, par patient,
maximum 15 patients

AVIS : *Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :*

- ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le nombre de patients dans la case UNITÉS;
- la lettre « A » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures.

Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de 24 heures, interprétation.	13,95	13,95
-------	---	-------	-------

NOTE : Ne peut pas être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut pas être facturé par un médecin classé en microbiologie.

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	--	-----------------------------	------------------	---------------------------

Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* de 3 heures ou plus donnent droit à un supplément

AVIS : *Inscrire l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques et électrophysiologiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, lorsque le ou les codes d'acte 09410 et 09434 sont réclamés.*

09410	pour une période de 3 heures, supplément . . .	129,20
09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 8), supplément	88,10

AVIS : *Inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS.*

09435 Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 146,70 \$ par jour.

00300 Un maximum de 587,00 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, y compris l'angiologie, faits à la même séance pour un patient âgé de plus de 14 ans.

NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

AVIS : *Pour la facturation de l'acte 00300, inscrire les codes d'acte se rapportant aux études hémodynamiques effectuées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale (1944).*

Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, facturer les codes d'acte pour chaque étude effectuée. Selon les services demandés, le modificateur 050 s'applique pour le calcul du maximum.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
S				
00617	Cathétérisme aortique (PG-23) (PG-28)	64,55		4
	NOTE : L'acte codé 00617 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00648, le même jour, pour le même patient.			
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (PG-23) (PG-28)	176,15		4
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (PG-23) (PG-28)	160,85		4
09492	voie d'approche transseptale, supplément .	293,55		1
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	293,55		1
00530	Cathéter électrode de stimulation intracar- diaque temporaire A8-1 (PG-23) (PG-28)	165,75		4
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (PG-23)	264,10		5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	50,70		4
00307	Cathétérisme de l'artère ombilicale mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	109,30		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20125	si utilisation d'un implant de rapprochement actif des feuillets « clip mitral », par implant (maximum 2), supplément	198,10		2
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'implants dans la case UNITÉS.</i>			
	Remplacement valvulaire incluant la valvuloplastie par ballonnet, l'implantation d'une endoprothèse valvulaire et, le cas échéant, l'ensemble du cathétérisme cardiaque gauche et droit, le débit cardiaque, la documentation du gradient transvalvulaire et l'utilisation d'une électrode endocavitaire pour stimulation ventriculaire rapide			
20527	par voie artérielle ou veineuse	1 761,00		18
20576	par voie apicale	1 132,15		18
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	821,80		12
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	500,00		10
00597	Ponction péricardique (PG-28)	293,55	293,55	5
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (PG-28)	352,20		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	19,95		
	Ballon intra-aortique			
00422	installation	234,80		10
00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	88,10		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	88,10		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	155,60		10
	Implantation d'un système d'assistance circulatoire percutanée			
20528	installation (PG-23)	587,00		10
20529	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	117,40		
20530	exérèse percutanée (PG-23)	117,40		10
00489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance : une par séance (PG-28)	87,90	87,90	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Stimulateur cardiaque				
+	20191	Si procédure de vénoplastie par dilatation percutanée dans le contexte de voie d'accès compliquée, supplément	200,00	2
+		NOTE : L'acte codé 20191 est un supplément aux actes codés 00460, 20531, 20532, 20577, 20579, 20588.		
		Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
S	20577	une électrode (PG-23)	495,95	7
	20578	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
	20579	deux électrodes (PG-23)	621,05	7
S	20580	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
	20581	par voie thoracique, supplément (PG-23) ..	125,10	1
	20582	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23) ..	267,15	7
	20583	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
	20588	Exérèse, remplacement, repositionnement de cardiostimulateur ou défibrillateur sans électrode réimplantée, incluant la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance (PG-23)	404,80	7
	20589	une électrode réimplantée, supplément (PG-23)	178,55	8
	20590	électrodes supplémentaires réimplantées, par électrode, supplément	151,65	8
		<u>AVIS</u> : Incrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS.		
S		Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie endovasculaire		
D	20584	une électrode (PG-23)	146,90	6
D	20585	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	135,60	2
		<u>AVIS</u> : Incrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS.		
	20586	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	73,45	1
	20587	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23) ..	473,10	8

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20532	Exérèse d'une électrode endocavitaire avec système d'extraction utilisant une source d'énergie	993,80		8
20194	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	135,60		1
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS.</i>			
S	20195 électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	73,45		1
S	00460 Mise en place d'un défibrillateur, toute voie d'approche, incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance.	770,70		8
S	20531 Thérapie de resynchronisation cardiaque incluant la mise en place d'une sonde permanente de stimulation ventriculaire gauche, la mise en place d'un cardiostimulateur (pacemaker) ou d'un défibrillateur et, le cas échéant, l'angiographie du sinus coronaire, la correction d'éventuelle arythmie et la cardioversion	945,05		9
	NOTE : L'acte codé 20531 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00460 à la même séance.			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

Réanimation

Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardiorespiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.

09403	premier quart d'heure	78,00	
09404	deuxième quart d'heure	78,00	
09405	chaque quart d'heure additionnel	39,00	

AVIS : *Inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont réclamées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire - considération spéciale (1944) et inscrire la lettre « A » dans la case C.S.*

AVIS : *Voir la règle 11 du préambule général.*

Électrophysiologie

20533	Test de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire.....	174,10	4
00176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23).....	572,60	6

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

00248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	238,60	4
-------	--	--------	---

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	--	-----------------------------	------------------	---------------------------

Diabétothérapie

09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	125,00		
09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de 4 patients diabétiques, pour une période de service continu de 60 minutes ou plus. . . .	84,00	103,00	
	NOTE : par centre hospitalier ou par cabinet pour l'ensemble des médecins.			
	1) Maximum de 2 séances d'enseignement par jour.			
	2) Maximum de 4 séances d'enseignement par semaine.			

AVIS : Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le nombre de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires;
- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures.

Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

09370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	92,90	92,90	
09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une fois par patient par année)	30,95	39,05	

AVIS : Pour les codes d'acte **09313**, **09316** et **09370**, voir la Règle d'application n° 33.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables			
00343	initiation ou vérification du traitement du diabète type I insulino-dépendant, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20	
20534	initiation ou vérification du traitement du diabète insulino-nécessitant autre que type I, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20	
00345	installation initiale et suivi annuel de la pompe et du cathéter, par patient, par année civile	250,00	250,00	
D	NOTE : Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.			
20130	Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline	50,00	50,00	
	NOTE : L'acte codé 20130 n'est payable qu'une fois par trimestre par patient, par médecin pour un maximum de trois fois par année civile, par médecin.			
	NOTE : L'acte codé 20130 ne peut être facturé avec l'acte codé 00345 à la même séance.			
09316	Perfusion continue d'insuline, par jour, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation	32,60		
	<u>AVIS :</u> Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.			
	<i>Pour les codes d'acte 09313, 09316 et 09370, voir la Règle d'application n° 33.</i>			
	Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)			
	Dialyses péritonéales :			
00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	31,75	31,75	5
00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28)	210,00		5
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	117,80		
00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	210,00		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Électroencéphalogramme dynamique avec enregistrement continu sur le scalp, visualisation et interprétation (enregistrement minimal de 3 heures)			
20535	première heure		65,00	
20536	chaque heure subséquente		30,00	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de l'enregistrement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
	- <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'heures subséquentes dans la case UNITÉS.</i>			
	Corticographie			
00889	un médecin	319,60		
	deux médecins			
00890	neurochirurgien	150,00		
00891	neurologue ou électroencéphalographe agréé	150,00		
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	150,00		
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	319,60		
	NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.			
T 00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	111,90	145,45	
	Magnétoencéphalographie			
20593	Interprétation d'un tracé de 64 canaux, d'au moins 1 heure d'enregistrement, comprenant le marquage des pointes et l'analyse finale du ou des foyers épileptiques	300,00		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement correspondant à votre lieu de pratique principal dans la section Établissement.</i>			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin qui détient un certificat de spécialiste en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en médecine interne, en neurochirurgie, en neurologie, en ORL ou en physiothérapie, décerné par le Collège des médecins du Québec ou reconnu par lui aux fins de l'exercice de cette discipline.

2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après, jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.

3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.

4. L'électromyographie de base est une étude, par électrodes insérées dans plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal, tel qu'observé par un appareil à acquisition digitale.

5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face.

Les études de conduction sensitive segmentaire du nerf médian et du nerf tibial postérieur constituent une exception; chacun des deux segments peut être considéré comme une unité de conduction distincte.

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	-----------------------------	------------------	---------------------------

Électrolyse

00352	Supervision d'un traitement d'électrolyse par quart d'heure	16,90	16,90	
	maximum par séance	67,60	67,60	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

---- Électrolyse des cils : (voir appareil visuel)

Épilation au laser

20202	Supervision d'un traitement d'épilation au laser, à la face ou au cou, pour les cas d'hirsutisme secondaire à un trouble endocrinien docu- menté, ou d'hypertrichose secondaire à une tumeur cutanée sous-jacente, ou à une greffe cutanée ou d'organes solides face, par séance	75,00	150,00	
	Maximum 10 séances par patient, à vie cou, par séance			
20203	cou, par séance	37,50	75,00	
	Maximum 10 séances par patient, à vie			

20204	Supervision d'un traitement d'épilation au laser pour les cas d'hypertrichose, secondaire à un sinus pilonidal, par séance	25,00	50,00	
	Maximum 10 séances par patient, à vie			

NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les actes codés 20202, 20203 et 20204.

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Épistaxis

20539	tamponnement nasal antérieur et postérieur	49,80	49,80	5
20540	tube gonflable	74,95	74,95	5
20541	par mèche et tampon rhinopharyngés . . .	106,70		6

Épreuves de fonction respiratoire

(Voir tarif de la médecine de laboratoire)

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)				
00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale . . .	61,00		
00806	épreuve à l'angiotensine	10,00	12,00	
00842	épreuve à la bromocryptine	10,25		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	20,00		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA)	21,00		
00660	épreuve à l'histamine	9,75	11,50	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,15	1,15	
00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoidoscopie et la vaginoscopie	35,30	35,30	
	épreuve de Kveim (sarcoïdose) sans biopsie	1,80	2,20	
00687	avec biopsie	11,90	14,50	
00688	épreuve de Pak	11,00	13,00	
00810	épreuve de traction cervicale graduée, sous surveillance médicale, incluant les visites au cours de l'épreuve	117,00		
00415	test au captopril pour la recherche de l'hypertension reovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation	35,20		
09324	épreuve à la clonidine	36,00		
09325	étude du taux de sécrétion d'aldostérone . .	10,25	10,25	
00666	étude du taux de sécrétion de COF	12,30	12,30	
00667	épreuve à la sécrétine (intestins)	23,20	23,20	
00396	épreuve à la fluorescéine (intestins)	22,10	22,10	
00395	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	185,00		4
09326	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,00	17,00	
00397	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	17,60	20,70	
00398	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine	5,00	5,00	
00393	épreuve au Tensilon (incluant l'injection) . . .	31,50	31,50	
00394	épreuve à la prostigmine pour éliminer myasténie (incluant l'injection)	90,00	90,00	4
+ 20214	épreuve diagnostique de contact à la glace dans l'évaluation de la myasthénie	20,00	20,00	
20205	épreuve de tolérance au glucose (toutes doses) par voie orale ou intraveineuse (inclut là(les) mesure(s) de glucose pré- vue(s) au protocole)	10,00		
00761				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20131	épreuve de tolérance au lactose par voie orale.		10,00	
	NOTE : Les actes codés 00761 et 20131 incluent l'élaboration et la mise à jour du protocole du centre de prélèvements, le support médical et l'interprétation/validation.			
00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance		302,60	
00348	test respiratoire à hydrogène		16,85	
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines.		15,50	
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance.		108,00	
20086	oxymétrie transcutanée uni ou multi sites et son interprétation, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par Doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle Doppler avec provocation.		42,75	
00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée.		35,70	
	NOTE : Voir <i>Lettre d'entente n° 7</i> .			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées			
00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse .	250,00	250,00	4
20132	initiation et vérification d'un traitement par une substance hormonale ou peptidique autre que l'insuline administrée par voie parentérale, sauf la voie transdermique	40,00	40,00	
	NOTE : L'acte codé 20132 n'est payable qu'une fois par patient, par médecin, par année civile.			
	Examens vestibulaires			
20133	Examen vestibulaire clinique complet (uni ou bilatéral) incluant le Dix-Hallpike	20,00	20,00	
20134	manoeuvre thérapeutique de repositionnement vestibulaire (toutes techniques), supplément	25,00	25,00	
	Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport			
00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	11,95	21,55	
00739	épreuves positionnelles	12,15	22,35	
00740	épreuves de la poursuite	11,40	21,00	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	12,15	22,35	
00741	épreuves cervicales	12,15	22,35	
00743	épreuves optocinétiques	12,15	22,35	
00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie) avec utilisation d'une chaise rotatoire	12,15	22,35	
	Extraction			
T 00407	Extraction de bague, acte compliqué	40,00	40,00	4
S				
00410	Extraction de fécalome volumineux (PG-28) .	70,00	84,00	4
00791	Extraction d'un corps étranger des amygdales	33,20	33,20	4
20542	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx	55,35	55,35	4

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Gastro-entérologie			
Malgré la règle 8 du préambule général, si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.			
AVIS : Utiliser le modificateur 068.			
Endoscopie gastro-entérologique :			
Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :			
00691	75,65	75,65	4
20135			
20087	95,00		5
20136	7,05	7,05	
20137	125,00		2
00874	225,00		2
00562	70,60	70,60	1
00862	94,50	94,50	2
00303	16,85	16,85	1
00390	111,85	111,85	2
00391	80,70		1
00304	55,85		
00548	16,85		
	58,15		2
09376	68,55		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20138	Étude de déglutition sous vidéoendoscopie à laquelle participe un orthophoniste, un ergothérapeute ou un diététiste	125,00		
20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	146,15		5
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23)	106,25		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 00874.			
09374	Cholédochoscopie transistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	127,60		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastrosopie	171,45	171,45	6
20088	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	17,30	17,30	
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément.	82,55		
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde et/ou cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique (PG-28 pour chirurgien général seulement)	262,25		5
20089	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	28,10		
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses ou lithotripsie d'un ou plusieurs calculs biliaires à l'aide d'un appareil à lithotripsie mécanique endoscopique, supplément.	90,75		1
+	NOTE : L'acte codé 00364 est facturable avec les actes codés 09374, 00692 et 09337.			
20090	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	9,30		
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoidoscopie.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	168,90	168,90	4
20091	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	21,45	21,45	
20030	si biopsie(s) de l'iléon par iléoscopie, supplément	26,65	26,65	
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	99,00	99,00	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	64,05	64,05	4
20039	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles.	168,90	168,90	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	40,85	40,85	4
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	39,25	39,25	5
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	55,85	55,85	
+	chaque polype additionnel	14,30	14,30	
+	Maximum dix (10) polypes excisés			
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de polypes excisés dans la case UNITÉS.			
20092	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	6,95	6,95	
S				
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII), toutes techniques, incluant les biopsies	264,00	264,00	4
	NOTE : Ce service médical inclut l'exploration de tout le cadre colique chez un patient porteur d'une maladie inflammatoire intestinale (MII) de plus de 10 ans d'évolution et elle doit s'accompagner d'au moins 8 biopsies pour chacun des segments examinés (droit, transverse, descendant, rectosigmoïde).			
	Toutefois, dans les cas où la chromoendoscopie est utilisée pour l'étude complète du colon, le nombre de biopsies peut être moindre.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	16,85	16,85	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	55,85	55,85	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villositaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	111,85	111,85	2
20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	40,85	40,85	4
	Rectosigmoidoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28)	16,10	16,10	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28) . .	24,45	24,45	4
00706	avec excision de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	57,30	57,30	4
	chaque polype additionnel	9,70	9,70	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	125,20	125,20	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de polypes dans la case UNITÉS.				
20036	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron et Al, avec ou sans anuscopie, par séance	77,70	77,70	5
20037	si rectosigmoidoscopie, supplément	15,80	15,80	
Oesophage				
20093	lecture et interprétation d'un tracé de manométrie oesophagienne	27,50		
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures .	75,65	75,65	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	40,35		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	117,15		
00571	pH oesophagien pour reflux	22,40	22,40	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	20,30	20,30	
00563	cardiomyorrhexie	95,05	95,05	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28)	23,30	23,30	4
00574	supervision par jour	10,80	10,80	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	87,35		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière	100,00		
00866	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	73,90		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective ..	101,70		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	110,25		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	78,75		
20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale	27,30		
20038	Biofeedback du système anorectal, supervision de la technique et interprétation	65,55		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	70,40		
00876	Shunt porto-cave intrahépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt	450,00		
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	75,65		
20139	Élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (Fibroscan) Maximum 1 fois par patient, par année civile ..	30,00		
	Exploration de l'intestin grêle à partir du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-caecale, à l'aide de la vidéo capsule endoscopique (Givens)			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20043	lecture et interprétation	159,75	159,75	
	NOTE : L'acte codé 20043 ne peut pas être facturé plus d'une fois par année, par patient.			
	Entéroscopie par simple ou double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale			
20044	entre 50 cm et 100 cm	195,15		6
20045	plus de 100 cm	278,85		6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément.	16,70		
20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément	44,55		
	chaque polype additionnel	11,15		
	maximum dix (10) polypes excisés			
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de polypes dans la case UNITÉS.</i>			
20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	39,10		
	Hémofiltration			
	Hémofiltration veino-veineuse continue			
20140	3 premiers jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	300,00		
09382	3 premiers jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	210,00		
20141	après 3 jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	150,00		
09383	après 3 jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	110,20		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1 ^{er} jour	173,60		
09427	2 ^e jour	86,85		
09428	3 ^e jour	82,65		
09429	par jour subséquent	43,45		
	<u>AVIS :</u> <i>Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.</i>			
00844	Hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	179,50		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,90		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	162,80	183,80	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman.	58,00	58,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman.	55,00	55,00	4
Injections				
00430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,10	16,90	
20095	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	3,50	4,20	
20142	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	20,00	27,60	
20143	injection(s) intralésionnelle(s) unique ou multiples de corticostéroïdes ou d'agents de chimiothérapie ou injections intramusculaires de corticostéroïdes ou de pénicilline pour maladies dermatologiques ou administration de vaccins	5,00	5,00	
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)	27,70		
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28)	38,75		
	NOTE : Maximum 1 séance par 4 mois, par patient. Ce maximum est applicable pour les actes codés 20049 et 20050.			
20206	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales et de points gâchettes excluant la céphalée	25,00	25,00	
20144	injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhydrose palmo-plantaire, par paume ou par plante Maximum 4 séances par patient, par année civile	50,00	50,00	
20145	injections multiples bilatérales de toxine botulinique pour les personnes souffrant de migraines chroniques (plus de 15 jours, par mois) après échec à au moins 2 agents anti-migraineux préventifs, minimum 18 injections, par séance	75,00	75,00	
20146	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie excluant la migraine, le spasme hémifacial et le blépharospasme	120,00	120,00	4
20147	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la spasticité d'origine neurologique excluant la migraine, le spasme hémifacial et le blépharospasme.	120,00	120,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20148	injections intramusculaires multiples de toxine botulinique pour myospasme des muscles masticatoires sous guidance électromyographique	150,00	150,00	4
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (PG-28)	75,00	75,00	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (PG-28)	126,00	126,00	5
00431	injection de médicament dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3)	11,55	13,75	
	AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'injections dans la case UNITÉS.			
20096	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	2,75	3,30	
20149	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	20,00	27,60	
00429	injection de médicament dans les cornets du nez	18,50	19,40	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatéral	30,25		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique	30,00	30,00	
00816	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée) cavernographie	9,75	11,50	
00466	hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire	36,00		
	NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé			
00443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	27,10		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	22,80		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie)	114,45	114,45	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	36,75	42,75	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	104,75	104,75	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	54,60	54,60	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	9,10	10,95	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00201	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire médication intra-articulaire incluant la substance	25,55	25,55	
00228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	
00734	Supervision de l'administration de chimiothérapie	21,10	21,10	
00470	Injection intra-abdominale (chimiothérapie) la première injection	33,10	33,10	
00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	15,75	15,75	
00475	Injection intrapleurale (chimiothérapie) la première injection	50,00	50,00	
00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	25,00	25,00	
00480	Injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée) : (MOD=052)	15,00	15,00	4
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	40,55		
00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale aux fins diagnostiques)	157,50		5
20176	Initiation ou vérification du traitement par médi- cation injectable (agents biologiques, antidia- bétiques autres que l'insuline, agents rémitifs dans les cas de maladies inflammatoires intesti- nales et articulaires, agents de protection osseuse et autres immunomodulateurs), excluant l'insulinothérapie, la chimiothérapie, l'anticoagulothérapie (héparine à faible poids moléculaire) ainsi que l'antibiothérapie, pour patient vu en cabinet privé ou à la clinique externe seulement	40,00	40,00	
	Maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile (pour spécialiste en médecine interne seulement)			
	Insufflation gazeuse			
00497	pneumomédiastin	16,30	16,30	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	9,75	9,75	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	25,20	25,20	
00505	pneumothorax thérapeutique amorcé	16,80	16,80	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation . . . traitement de pneumothorax	11,60	11,60	
00615	ponction évacuatrice (PG-28)	27,60	27,60	
00616	aiguille et drainage continu (PG-28)	48,50	48,50	

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx			
avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale			
00519			
	directe (PG-23) (PG-28)	71,50	4
00511			
	à suspension (PG-23)	103,70	5
00512			
	au microscope (PG-23)	139,05	5
00471			
	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée avec enregistrement numérique, incluant la Manoeuvre de Muller ..	87,30	92,80
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant			
00515			
	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23) (PG-28)	184,70	7
20207			
	si patient de moins de 16 ans, supplément ..		5
00516			
	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	165,40	1
20594			
	avec canulation de fistule trachéo-oesophagienne, supplément (PG-23) ..	160,85	1
20150			
	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	50,00	1
00878			
	avec cryothérapie ou électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément ..	153,20	5
20151			
	avec thermoplastie bronchique, supplément ..	100,00	1
00879			
	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	168,25	4
00880			
	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	160,85	1
00881			
	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	153,20	1
20016			
	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	153,20	3
00882			
	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément ..	100,00	1

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00547	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément	34,90		
	AVIS : - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i>			
00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28). NOTE : Le service médical codé 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.	119,35		4
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	33,20	33,20	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	145,95		5
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire).	10,25	12,00	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	19,85	19,85	
00523	Manipulations vertébrales	16,05	18,75	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie.	12,60	14,60	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	121,30	121,30	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	45,90	55,00	

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
NEUROCHIRURGIE			
00600			
00614	147,00		5
00625	286,00		7
00629	341,05		12
	225,10		7
00664	45,05		
00665	63,80		
00602			
	27,15	27,15	6
00668	103,00		8

NEUROLOGIE

20152	30,00	30,00	
20537	308,65		
20208	154,35		
20538	150,00		
20209	75,00		
20153	25,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE				
AVIS : Voir la Règle d'application n° 4.				
09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	100,00	100,00	
+ 20215	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1 000 cc et plus, incluant la visite à la même séance	200,00	200,00	
00109	Amnioscopie	24,80	24,80	
Biopsie (unique ou multiple)				
Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.				
00171	clitoris	36,00	36,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00	4
00177	endomètre	32,25	34,90	4
00186	glande de Bartholin	14,60	17,30	4
00188	grande lèvre	15,80	18,80	4
00245	vagin ou vulve	22,50	27,00	4
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique				
NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.				
09467	ovaire	157,50		4
00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	150,00		4
00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	150,00		5
09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	66,15	66,15	4
20154	Exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	25,00	25,00	4
20017	Installation d'un dilateur ou d'un pessaire	50,00	50,00	4
NOTE : Maximum 6 par année, par patient				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	200,00		4
20052	Foetoscopie pour cautérisation au laser des anastomoses vasculaires dans les syndromes transfuseurs transfusés incluant la visite, l'échoguidance et l'amnioréduction	900,00		8
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique.	253,15		
	Soins médicaux prodigués par un obstétricien-gynécologue dans un centre hospitalier de soins tertiaires, dans une unité mère-enfant, à la suite d'une chirurgie ex utéro intrapartum, par jour, par patiente :			
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents			
20053	1 ^{er} jour (journée de la chirurgie ex utéro intrapartum)	300,00		
20054	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	225,00		
20055	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	100,00		
20056	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	75,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00541	Examen complémentaire d'un patient avec déficience visuelle Maximum 1 examen par 12 mois	101,15	101,15	
+	NOTE : Cet examen s'applique si la vision corrigée au moyen de lentilles conventionnelles est égale ou inférieure à 6/12 dans le meilleur œil et qu'il y a incapacité significative et persistante sur le plan visuel. Cet examen doit comprendre un questionnaire détaillé pertinent, l'examen incluant l'enregistrement de l'acuité visuelle à l'aide de systèmes optiques spéciaux ou d'appareils remplissant les mêmes fins, les recommandations et la prescription du traitement sous forme d'aides visuelles, si appropriée.			
00543	Gonioscopie	9,90	12,40	
	NOTE : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.			
00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.)	9,90	12,40	
	NOTE : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.			
00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	16,95	20,30	
00579	Bilan orthoptique : enregistrement des mesures des déviations du regard, dans un minimum de trois positions (chez les patients de 6 ans et plus), exclusivement dans les cas d'hétérotrie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme	40,00	48,00	
+				
D	NOTE : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et PPC et la mesure des déviations dans moins de trois positions est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.			
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA 17 Ophtalmologie sous l'onglet Règles d'application.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Biométrie optique			
T 20057	1 oeil	14,85	28,35	
T 20058	2 yeux	24,70	44,90	
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	22,25	27,20	
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale.	20,20	24,70	
Imagerie ophtalmique				
D 00553	Rétinophotographie : photographie faite pour documenter une condition du pôle postérieur en vue d'en assurer le suivi dans le temps . .	13,55	16,95	
+	NOTE : L'acte codé 00553 ne s'applique pas pour les photos de dépistage ou de télédepistage.			
+ 20216	Interprétation des photos du fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie chez un patient diabétique dans le cadre du Protocole d'accord relatif au programme de dépistage de la rétinopathie diabétique Maximum 1 par patient par 12 mois	10,00	10,00	
+	NOTE : L'acte codé 20216 est réservé à des médecins et à un programme de dépistage reconnu par les parties négociantes.			
	Tomographie par cohérence optique (OCT), uni ou bilatérale			
20099	Maladies rétinienne excluant les cas de DMLA régis par la Lettre d'entente n° 183 Maximum de 6 examens, par année civile .	15,00		
20100	Nerf optique Maximum de 2 examens, par année civile .	15,00		
20101	Segment antérieur Maximum de 2 examens, par année civile .	15,00		
	NOTE : Un seul de ces actes peut être facturé lors d'une même visite.			
	NOTE : L'acte codé 20099 et les actes codés 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060 sont mutuelle- ment exclusifs.			
20102	Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT), uni ou bilatérale	15,00		
	Maximum de 2 examens, par année civile			
20103	Ophtalmoscopie confocale par balayage laser (GDx), uni ou bilatérale	15,00		
	Maximum de 2 examens, par année civile			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant.....	169,25	451,30	
	NOTE : L'acte codé 00643 est payable uniquement aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1 ^{er} octobre 2004, avaient développé une compétence spécifique à cet égard.			
00577	Microscopie spéculaire étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents.....	9,90	12,40	
20059	Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture.....	101,15	101,15	
	AVIS : Voir la règle 8.3 du préambule général.			
00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre)...	112,40	112,40	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (45 à 60 minutes).....	7,85	12,35	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale.....	62,05	62,05	
09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydrox-yamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie.....	33,70	33,70	
00860	Examen oculaire (funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées) sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour..	248,20		6
20155	Examen oculaire sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour, fait par un ophtalmologiste collaborateur à la demande du chirurgien traitant	165,00		6
	NOTE : Les actes codés 00860 et 20155 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.			
00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale.....	42,15	47,15	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical au même oeil.			
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale.....	33,85	33,85	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical, au même site.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+ 20217	Injection sous conjonctivale unilatérale d'agent antifibrinolytique.	51,00	51,00	5
+	NOTE : Cet acte ne peut être associé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.			
+ 09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, pour pathologie ophtalmologique avec trouble fonctionnel documenté, une ou plusieurs Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée) dacryocystographie, unilatérale.	61,80	74,15	4
00436		28,10	28,10	4
00607	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu) ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale.	39,35	39,35	
Oxygénation extracorporelle				
Ces tarifs incluent tous les services médicaux effectués par le médecin spécialiste qui prend charge du patient.				
00803	1 ^{er} temps Évaluation et préparation pour l'ECMO (intervenant médical)	439,30		
00897	2 ^e temps Installation et mise en fonction du support extracorporel (intervenant médical)	502,00		
00898	3 ^e temps Maintien du support extracorporel, par quart d'heure (intervenant médical)	32,95		
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.				
Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.				
00899	4 ^e temps Décanulation/cessation du support extracorporel (intervenant médical)	439,30		
Hypothermie				
20177	Emploi d'hypothermie modérée thérapeutique (< 35°C) post arrêt cardiorespiratoire NOTE : L'acte codé 20177 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour, par centre hospitalier.	300,00		

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Pléthysmographie			
Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :			
étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs			
09385			10,50
09386			33,10
Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :			
09387			10,50
09388			33,10
Photopléthysmographie :			
Étude des flots avec enregistrement graphique :			
flots supra-orbitaires :			
09389			10,00
09390			21,75
flots digitaux, un ou plusieurs doigts :			
09391			10,50
09392			21,75
mesure du reflux veineux bilatéral :			
09393			11,05
09394			28,65
Pneumopléthysmographie segmentaire :			
Enregistrement du volume du pouls à au moins 4 niveaux des 2 membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins 6 niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation du tracé au repos :			
09395			10,50
09396			33,10
à l'effort :			
+ 20218			10,50
09397			33,10
Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts :			
mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre			
09398			10,50
09399			54,60
Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :			
00353			43,05
Pneumopléthysmographie pénienne			
Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques			
00137			10,00
00138			53,85

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

Interventions mammaires

NOTE : Maximum de 3 ponctions ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par sein, par patient, par jour.

NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie, le tarif de l'IRM mammaire et le tarif de la mammographie s'ajoutent.

Ponction de kyste mammaire avec aspiration incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction

NOTE : Les actes codés 00848, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser le modificateur 145.

+ 00847	un site	17,70	27,60	4
+ 20219	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	15,95	24,85	
site contra-latéral				
+ 20220	un site	14,35	22,35	
+ 20221	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	12,90	20,10	

Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

NOTE : Les actes codés 00847, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser le modificateur 145.

+ 00848	un site	44,20	77,50	4
S				
+ 20222	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	39,80	69,75	
site contra-latéral				
+ 20065	un site	35,80	62,80	
+ 20223	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	32,20	56,50	

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de sites additionnels dans la case UNITÉS.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Biopsie au trocart ("core biopsy") d'une masse palpable ou non palpable de la région mammaire (sein ou aisselle) avec prélèvement de carottes incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant . . .			
+	NOTE : Les actes codés 00847, 00848 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.			
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 145.			
S	00849 un site	121,70	165,90	4
	00850 par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	104,00	141,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de sites additionnels dans la case UNITÉS.			
	20066 site contra-latéral un site	93,50	127,60	
	20067 par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	84,00	115,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de sites additionnels dans la case UNITÉS.			
	00851 mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	27,60	55,30	
	Mise en place d'une broche-guide (harpon) avec appareil dédié (plaque de compression ou stéréotaxie) incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement			
	NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.			
	00852 première broche, par sein	115,30	216,60	4
	00853 broche additionnelle dans un même sein, supplément	55,30	138,30	
	NOTE : Maximum 3 broches par sein, par jour			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de broches dans la case UNITÉS.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Biopsie mammaire unilatérale avec appareil de macrobiopsie assistée par aspiration (mammotome) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant			
+	NOTE : Les actes codés 00847, 00848 et 00849 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.			
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 145.			
S	20068 un site	157,50	157,50	
	20069 par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	141,80	141,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de sites additionnels dans la case UNITÉS.			
	20070 site contra-latéral un site	141,80	141,80	
	20071 par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	127,60	127,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de sites additionnels dans la case UNITÉS.			
	20029 mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément.	27,60	55,30	
	00855 Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	66,40		4
	NOTE : Maximum 1 par patient, par jour			
	Interventions urologiques ou endo-urologiques			
	09458 Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant.	210,00		5
	00416 Dilatation urétérale par néphrostomie incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et les visites	221,20		
	20072 Changement de cathéter de néphrostomie . .	105,00		
	00854 Mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage	105,00		

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2	
Interventions neuro-squelettiques				
Blocs facettaires (voir : Blocages nerveux, page C-9)				
Discographie :				
00438	1 niveau	126,95	126,95	4
00459	2 niveaux ou plus	122,00	138,00	4
20073	Provocation discale avec prise de pression au manomètre, par niveau, supplément.	55,10	77,20	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.				
Injection de stéroïdes avec discographie, supplément				
09460	1 niveau	33,20		
	par niveau additionnel	21,00		
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.				
00894	Myélographie.	49,80	49,80	5
Discoïdectomie percutanée				
09461	premier niveau	250,00		7
09462	2 niveaux ou plus	315,00		7
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux)	116,25		
Vertébroplastie percutanée incluant la pon- ction percutanée, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites				
00835	premier niveau	331,90		7
20597	niveau additionnel, par niveau	174,25		
NOTE : Maximum deux niveaux additionnels				
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre de niveaux addi- tionnels dans la case UNITÉS.				
20074	Cyphoplastie incluant, le cas échéant, la ponction transpédiculaire, le curetage de l'os spongieux, le positionnement et le gonflement des ballonnets, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites. . .	420,00		12

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	-----------------------------	------------------	---------------------------

**BIOPSIE/CYTOLOGIE À L'AIGUILLE,
PAR VOIE TRANSCUTANÉE, SOUS GUIDAGE
ÉCHOSCOPIQUE, FLUOROSCOPIQUE
OU SCANOGRAPHIQUE**

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scano-graphie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

09464	thoracique	157,50		4
09465	abdominale	157,50		5
09466	hépatique	157,50		4
00229	rate	157,50		4
00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	157,50		6
09468	estomac	165,40		4
09469	intestin	150,00		4
	osseuse :			
00212	os	157,50		5
00247	vertèbre	157,50	157,50	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
INFILTRATION OU PONCTION OU DRAINAGE (KYTE, ABCÈS OU AUTRE COLLECTION LIQUIDIENNE OU AÉRIQUE OU DÉPÔTS) PAR VOIE TRANSCUTANÉE, SOUS GUIDAGE ÉCHOSCOPIQUE, FLUOROSCOPIQUE OU SCANOGRAPHIQUE				
NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.				
00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant	78,80	116,10	4
NOTE : Ce service ne peut pas être facturé le même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie pratiquées au même site.				
+	maladie de Dupuytren			
+ 20224	injection palmaire de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	204,95	204,95	6
+ 20225	injection digitale de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	253,35	253,35	6
kyste ou abcès profond :				
00124	membre	63,00	84,00	4
00324	colonne ou paravertébral	110,70		6
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	55,30	77,50	4
00299	kyste rénal	66,20	66,20	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale	105,00	125,00	4
20598	injection unique ou multiple dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction excluant les articulations coxo-fémorale, sacro-iliaque et facettaire	63,00	83,00	4
Mise en place d'un cathéter percutané				
insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse				
09472	thoracique, médiastinal ou abdominal	157,50		5
20075	pour drainage d'ascite	55,30	73,50	5
09474	pseudokyste pancréatique toute voie d'approche	105,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20182	ensemble de soins médicaux nécessaires dans les 6 premières heures après la thrombolyse, excluant la mise en marche et la surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique			200,00
D	NOTES : L'ensemble de soins médicaux inclut les visites, la surveillance et les procédés diagnostiques et thérapeutiques; L'acte codé 16070 peut être facturé en sus; L'acte codé 20182 n'est pas soumis à la règle 8.1 du préambule général.			
20183	téléthrombolyse : assistance médicale par contact vidéo, avec le patient et le médecin au chevet, pour la prise de décision de procéder à la thrombolyse, ainsi que la disponibilité durant l'administration de la médication thrombolytique			300,00
	NOTE : L'acte codé 20183 n'est pas soumis à la règle 8.1 du préambule général.			
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

+ **MÉDECINE HYPERBARE**

+ NOTE : Les traitements en chambre hyperbare sont payables aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou en pneumologie désignés par les parties négociantes et rencontrant l'un ou l'autre des critères suivants :

- Avoir complété une formation complémentaire reconnue en médecine hyperbare; ou
- Exercer la médecine hyperbare depuis au moins trois ans et présenter un portfolio démontrant l'acquisition de compétences pertinentes durant la pratique; ou
- Présenter un portfolio démontrant l'acquisition de connaissances et la réalisation de modules cliniques et de projets rattachés aux volets pertinents de la médecine hyperbare.

Pour être désigné, un médecin doit de plus détenir des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre) (le patient et le médecin sont dans la chambre)

00837	première heure (1*)	276,20	12
09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément.....	79,40	
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (1*)	52,05	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS.

AVIS : (1*) Inscrive l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément		11,35	
	surveillance : (le patient est dans la chambre et le médecin est sur place ou à proximité immédiate de la chambre)			
00839	première heure (1*)		159,90	12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément		46,65	
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (1*)		26,65	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure addi- tionnels dans la case UNITÉS.</i>			
09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément		6,60	
	Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec, des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare			
00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine.		107,00	
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié.		160,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :</i> - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALA- DIE; - Le code d'acte 00832 ou 00833 dans la section Actes;			
	<i>Aucun autre service ne doit être fac- turé sur cette demande de paiement.</i>			
	<u>AVIS :</u> <i>(1*) Inscrive l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE- MENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

Traitements de physiothérapie

(Réadaptation physique)
donnés en cabinet

Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente n° 13. (Voir Brochure n° 1, Médecins Spécialistes, annexe 11).

AVIS : *La tarification est de 16,30 \$ par traitement de physiothérapie. La prestation de ces actes exécutés lors d'une même séance n'est pas sujette à la règle 8.1 du préambule général. Maximum de trois traitements par séance.*

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, microthermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoidaux, ionthophorèse)
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674	exercices de rééducation, respiration
00675	hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677	ultrasons
00678	ultraviolet

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+	Transfusion			
+	00647 Exsanguino-transfusion (chacune)		156,90	
#	<u>AVIS :</u> <i>Pour le paiement de cet acte, le code de diagnostic est obligatoire et doit être inscrit dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.</i>			
Transplantation d'organes				
	<u>AVIS :</u> <i>Les codes d'acte 00414, 00694, 00696, 00698 et 20178 sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.</i>			
00414	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les visites, par donneur, par établissement, par jour		828,25	
20178	Si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale, supplément		300,00	
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur (réservé aux néphrologues)		330,70	
00694	Préparation du prélèvement pancréatique d'un donneur cadavérique pour transplantation d'ilots, toutes techniques		388,10	
00696	Ensemble des activités faites par un chirurgien général dans l'établissement receveur, par patient, entourant la préparation de donneurs d'organes ou d'un receveur de greffe de foie, à l'exclusion du prélèvement ou de la greffe		107,25	

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient :			
Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents			
09377	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	335,45	
09378	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	251,65	
09379	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	111,85	
09380	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	83,90	
09381	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (honoraire global) . . .	2 300,60	
Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopératoire :			
09489	rénale	482,55	
09490	hépatique	482,55	
09491	pancréatique	530,05	
D 00767	pulmonaire ou cardio-pulmonaire	530,05	
NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des actes codés 00771, 00773, 00774, 00775, 00776, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 20165, 20166, 20167, 20168, 20169, 20170, 20171, 20172 et 20173.			
00763	Soins médicaux prodigués par un cardiologue incluant la thérapie immunosuppressive en préparation d'une transplantation cardiaque imminente	578,70	
Maximum 1 par patient, par épisode de soins			
Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient :			
Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive			
20213	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 185,40	
09350	2 ^e au 15 ^e jour (par jour)	328,95	
Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :			

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de moins de 18 ans			
20165	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	2 250,00	
20166	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	450,00	
20167	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	300,00	
20168	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	225,00	
20169	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	187,50	
20170	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	6 675,00	
20171	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global)	2 812,50	
Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de 18 ans et plus			
00771	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 653,40	
00773	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	330,70	
00774	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	220,45	
00775	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	165,35	
20172	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	125,00	
00776	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	4 905,05	
20173	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global)	1 875,00	

Urologie

NOTE : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.

T 00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique « I » (PG-28)	200,00		4
T 00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux « I »	74,60	74,60	5
T 00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne (PG-28)	60,90	60,90	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colanique sous anesthésie régionale ou générale « I »	68,05		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.				
T 00325	Supervision du traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle incluant l'injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, le cas échéant, par jour	32,40	32,40	5
T 00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile « I » (PG-28)	60,00	60,00	5
T 00320	Urétéro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant, le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation de cathéter urétéral ou de sonde double J, la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajet fistuleux)	50,90	50,90	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale « I »	78,35		4
T 00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien, toute technique	17,30	17,30	5
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	215,25		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales				
NOTE : Un seul code d'acte de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.				
T 00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	30,00	30,00	5
T 00319	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant :			
T 00372	aux fins diagnostiques	81,00	81,00	5
T 00372	aux fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J.	200,00	200,00	5
T 00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale.	250,00		
T 00374	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu.	394,00		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
C) Urodynamie				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.				
T	00312			
	09358	32,40	32,40	5
	09357	21,60		4
		50,00		5
T	00375	55,90	55,90	4
T	00622	189,00		

S

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
D) Procréation assistée				
00496	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (PESA-TESE) (pour urologue seulement).	900,00	1 900,00	5
S				
00499	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (MESA-MicroTESE) (pour urologue seulement).	1 600,00	2 900,00	8

INDEX

Page

ADDENDUM 8 - ANESTHÉSIOLOGIE	D-2
Interprétation	D-2
Règle 1 - Honoraire global	D-2
Règle 2 - Visites	D-2
Règle 3 - Mode de calcul de l'honoraire d'anesthésie	D-3
Règle 4 - Durée	D-3
Règle 5 - Interruption de l'anesthésie	D-3
Règle 6 - Procédure diagnostique pré-chirurgicale	D-3
Règle 7 - Chirurgies multiples	D-3
Règle 8 - Anesthésiologiste collaborateur	D-4
Règle 9 - Remplacement en cours d'intervention	D-4
Règle 10 - Participation	D-4
Règle 11 - Anesthésies simultanées	D-4
Règle 12 - Majoration d'honoraires pour certains services	D-5
Règle 13 - Majoration d'honoraires selon l'âge	D-6
Règle 14 - Majoration des unités de base	D-6
# Règle 15 - Anesthésie en douleur chronique	D-7
Valeur de l'unité	D-9
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-10
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-10
Anesthésie générale pour chirurgie de l'oeil	D-10
Anesthésie obstétricale	D-10
# Anesthésie et traitement de la douleur	D-12
# Inhalothérapie	D-15
# Soins spéciaux	D-16
# Cathétérisme veineux	D-16
# Soins de ventilation	D-17
# Coeur-poumon artificiel	D-19
# Transplantations	D-19
# Divers	D-19
# Tableau de correspondance des unités de durée	D-21

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

- + Sont exclues les évaluations préopératoires effectuées dans une clinique d'évaluation préopératoire désignée (services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602).
- + De plus, sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base. Ceux-ci sont alors payables selon la tarification et le taux applicables au début de l'anesthésie.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : Voir la règle 5 du préambule général.

RÈGLE 3.**MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE**

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

RÈGLE 4.**DURÉE**

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze minutes.

AVIS : Voir le tableau de correspondance des unités de durée à la fin du présent onglet.

RÈGLE 5.**INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE**

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. (MOD=047)

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

RÈGLE 6.**PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE
PRÉ-CHIRURGICALE**

6.1 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter aux unités de base d'une chirurgie, celles prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel il concourt lorsque le tarif de ce procédé est de 4 unités de base ou plus.

RÈGLE 7.**CHIRURGIES MULTIPLES**

7.1 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

RÈGLE 8.**ANESTHÉSIOLOGISTE COLLABORATEUR**

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

Cette modification prend effet au 1^{er} septembre 1988.

AVIS : Voir l'exemple de facturation à la section 3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R=3) sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

RÈGLE 9.**REMPACEMENT EN COURS D'INTERVENTION**

9.1 Le médecin anesthésiologiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie, a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du malade.

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037) : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : Voir à la section 3.2.6.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement (exemples de facturation d'un anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention).

RÈGLE 10.**PARTICIPATION**

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

RÈGLE 11.**ANESTHÉSIES SIMULTANÉES**

11.1 Sous réserve de la règle 11.2, un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % (MOD=34) du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

- + **11.2** Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention chirurgicale pour l'anesthésie régionale effectuée dans un but d'analgésie pré ou post-opératoire, lorsqu'elle est entreprise par l'anesthésiologiste dans une salle autre que celle où l'intervention chirurgicale a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération, ou pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité.

Nonobstant ce qui précède, les techniques suivantes ne permettent pas l'ajout de ce supplément :

- anesthésie locale
- infiltration de plaie
- anesthésie rachidienne
- anesthésie épidurale en injection unique
- anesthésie épidurale continue avec installation d'un cathéter retiré le même jour

Le supplément est de 6 unités (code d'acte 41008). Il ne peut toutefois être réclamé entre 7 h et 8 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie régionale visée ci-dessus n'est pas comptabilisé dans les unités de temps de l'anesthésie.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES

Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 29 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'Accord-cadre pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
- + ii. Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405, 41023, 41024, 41040 et 41051, sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

AVIS : *Utiliser le modificateur 919 pour demander la majoration d'honoraires.*

Pour les suites d'opération entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, utiliser le modificateur multiple suivant :

225 multiple de (098-919) : *suite de l'opération non majorée pour les soins d'urgence et majoration d'honoraires de 29 %.*

En dehors des plages de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h, utiliser les modificateurs simples de suite d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation de combinaisons de modificateurs non définies par un multiple, utiliser le modificateur 099 et inscrire dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les modificateurs qui s'appliquent.

RÈGLE 13.**MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur. (MOD=166)

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41. (MOD=015)

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41. (MOD=022)

RÈGLE 14.**MAJORATION DES UNITÉS DE BASE**

- + **14.1** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41033**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.
- + **14.2** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41034**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.
- + **14.3** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41035**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.
- + **14.4** En anesthésiologie, un supplément de 3 unités (code d'acte **41036**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient nécessitant au moins 10 culots globulaires per-opératoires ou chez les patients de moins de 18 ans nécessitant une transfusion \geq à 50 cc par kilo. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.

- + **14.5** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41037**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient en isolement (SARM, ERV, Clostridium difficile, etc.). Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.

+ **RÈGLE 15.**

ANESTHÉSIE EN DOULEUR CHRONIQUE

15.1 L'évaluation et la prise en charge d'un patient avec douleur chronique se font pour le suivi d'un plan de traitement d'un patient sur référence d'un centre de douleur chronique désigné à l'annexe 41 ou pour un patient dont la situation ne demande pas l'expertise et l'ensemble des ressources offertes en centre de douleur chronique désigné à l'annexe 41.

15.2 Les services médicaux visés par la présente règle sont ceux apparaissant sous la rubrique *Anesthésie en douleur chronique* de l'onglet *D - Anesthésiologie*. Ces services médicaux ne sont payables qu'en établissement seulement.

15.3 Le médecin qui réclame le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucun rôle 2 ou rôle 3 durant la même séance.

15.4 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucune autre visite ou consultation le même jour pour le même patient.

15.5 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut facturer aucun acte de la rubrique *Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques* de l'onglet *C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques* le même jour pour le même patient.

15.6 Un maximum de cinq (5) évaluations et prises en charge d'un patient avec douleur chronique (code d'acte 41055) et de dix (10) visites de suivi en douleur chronique (code d'acte 41058) est payable par demi-journée, par médecin. Le maximum total pour la combinaison des actes codés 41055 et 41058 est de sept (7) actes par demi-journée, par médecin.

15.7 La majoration d'honoraires prévue à la règle 14 du préambule général ne s'applique pas aux services médicaux visés à la présente règle.

15.8 Sont considérées comme des procédures majeures : le bloc facettaire, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé, ainsi que l'injection dans l'espace épidual, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé.

15.9 Sont considérées comme des procédures mineures : les blocs veineux, les blocs nerveux (incluant les blocs sympathiques, les blocs de nerf périphérique, de ganglion ou de plexus, ainsi que les blocs sous-arachnoïdiens (intrathécal)).

ANESTHÉSIOLOGIE

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

T

VALEUR DE L'UNITÉ 16,78

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple (voir système digestif)	
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	6*
00918	Pulpectomie	5*
00919	Traitement de canal dentaire	5*
00960	Extension des replis muqueux	5*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche	8*
00962	Implantation de prothèse dentaire	5*
00963	Alvéoloplastie	5*
00964	Alvéolectomie	5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	5*
00967	Alvéolite	5*
00968	Fracture alvéolaire	5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	5*
00970	Ablation de torus	5*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.	
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle) dans le tissu osseux ou dans le tissu mou sous anesthésie	5*
00920		
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*
	Exposition chirurgicale aux fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux avec ou sans appareil de traction	5*
00924	Maxillectomie	
00930	partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*

	Tubéroplastie (unilatérale) (reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétrotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	5*
00950	Intervention sur le trijumeau avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau	6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau aux fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	4*
00957	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	10*
00959	repositionnement bilatéral	8*
	diminution	

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste	38,20
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	19,10
	NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.	

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

41010	Anesthésie générale avec intubation endotrachéale pour chirurgie de la cataracte.	6*
-------	---	----

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE**Accouchement ou période du travail, ou les deux**

00921	sous anesthésie générale.	9
00910	sous anesthésie régionale par injection unique.	9
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	12
+	NOTE : L'acte codé 00911 ne peut être facturé avec les actes codés 41038, 41039, 41044 et 41049 à la même séance.	
+	NOTE : - Si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne ou une prise en charge anesthésique au bloc opératoire deviennent nécessaires, l'honoraire des codes d'acte 06912 ou 06913 ou 41038, s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la patiente au bloc opératoire pour effectuer l'induction ou débiter la surveillance.	
+	- Une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.	
S		
+ 41038	Prise en charge par un anesthésiologiste, au bloc opératoire, d'une patiente chez qui on planifie un accouchement vaginal ou une procédure obstétricale en salle d'opération plutôt qu'en salle d'accouchement, en raison d'un risque accru de césarienne d'urgence. NOTE : L'acte codé 41038 ne peut être facturé avec le code 00911, 06912 ou 06913 à la même séance.	6
+ 41007	Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum	18*
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les renseignements relatifs à la mère dans la section Identité de la personne assurée.</i>	

+ ANESTHÉSIE ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

S

+ Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire

+ NOTE : les actes de la présente section sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés simultanément pour le même patient à la même séance.

+ Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

+ 41039	1 ^{er} jour A8-1 (1*)		2
+ 41040	par jour subséquent (1*)	20,00	
+ 41041	par jour subséquent le week-end (1*)	29,00	
+ (honoraires majorés selon l'application de la règle 15 du préambule général)			
+ 41042	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	10,00	
+ 41043	par jour subséquent le weekend, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	14,50	
+ (honoraires majorés selon l'application de la règle 15 du préambule général)			

S

+ 41044 Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie, chez un patient hospitalisé, par injection unique de morphine ou d'hydromorphone par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1 **(1*)**

2

+ 41045 Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, chez un patient de moins de 18 ans, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1 . . .

5

Les blocs nerveux admissibles sont :

- bloc ilio-inguinal échoguidé
- bloc dans le plan du transversus abdominus (« TAP ») échoguidé
- bloc du muscle droit échoguidé
- bloc pénién
- bloc pudendal
- bloc paravertébral
- bloc du nerf trigéminal (ou de l'une de ses branches)

AVIS : **(1*)** Inscrive la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Etablissement.

+ 41046	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, plexique (plexus brachial, plexus lombosacré, plexus cervical superficiel et profond, plexus coélique ou plexus hypogastrique supérieur), sciatique, fémoral ou caudal, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures A8-1		4
+ 41047	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1		3
+	NOTE : Le service médical codé anesA ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.		
+ 41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections A8-1		6
+ 41048	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1		3
+	NOTE : Le service médical codé anesC ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.		
+	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie post-opératoire ou traitement de la douleur aiguë par bloc continu nerveux (nerf périphérique ou plexus nerveux), neuraxial (péridural ou caudal), paravertébral ou intrapleurale, avec installation d'un cathéter, incluant les visites, la surveillance, l'enseignement au patient et les injections		
+ 41049	1 ^{er} jour A8-1 (1*)		6
+ 41050	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1		3
+	NOTE : Le service médical codé anesB ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.		
+ 41051	par jour subséquent (1*)	35,00	
+ 41052	par jour subséquent le week-end (1*)	58,00	
+	(honoraires majorés selon l'application de la règle 15 du préambule général)		
+ 41053	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	17,50	
+ 41054	par jour subséquent le week-end, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	29,00	
+	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		
S			
# AVIS :	(1*) Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Etablissement.		

+ **Anesthésie en douleur chronique**+ NOTE : Pour la section *Anesthésie en douleur chronique*, se référer à la règle 15 de l'addendum 8.

+ NOTE : Le maximum total pour la combinaison des actes codés 41055 et 41058 est de 7 actes par demi-journée.

+ 41055 Évaluation et prise en charge d'un patient avec une douleur chronique, minimum de 30 minutes 50,00
+ Maximum 1 évaluation par patient, par médecin, par 12 mois# **AVIS** : Pour le code d'acte **41055**, inscrire la plage horaire 2 ou 3.

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 7 h à 12 h (a. m.)	2
de 12 h à 17 h (p. m.)	3

+ 41056 si procédure mineure effectuée à la même séance, supplément 12,50

+ 41057 si procédure majeure effectuée à la même séance, supplément 25,00

+ NOTE : un seul supplément par patient, par jour

+ 41058 Visite de suivi en douleur chronique, minimum de 15 minutes 25,00

+ Maximum 4 visites par patient, par médecin, par 12 mois

AVIS : Pour le code d'acte **41058**, inscrire la plage horaire 2 ou 3.

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 7 h à 12 h (a. m.)	2
de 12 h à 17 h (p. m.)	3

+ 41059 si procédure mineure ou majeure effectuée à la même séance, supplément 12,50

+ NOTE : un seul supplément par patient, par jour

Anesthésie en soins palliatifs

41012 Analgésie péridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur 252,00 4*

41013 Analgésie péridurale avec cathéter tunnalisé pour contrôle de la douleur 252,00 6*

41014 Analgésie rachidienne avec cathéter tunnalisé pour contrôle de la douleur 252,00 6*

41015 Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc 474,00 6*

41016 Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc 108,00 4*

41017 Bloc du ganglion impar 50,00 4*

41018 Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique 204,00 6*

41019 Neurolyse du ganglion impar 120,00 4*

		R = 1	R = 2
41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique.....	402,00	6*
41021	Neurolyse médullaire cervicale.....	402,00	6*
41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée . . .	402,00	6*
41023	Visite de suivi, par jour (1*)	48,00	
41028	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,00	
	NOTE : Les actes codés 41023 ou 41028 sont applicables sur les actes codés 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016 et ils incluent l'ajustement des paramètres de perfusion et la surveillance, le cas échéant.		
41024	Visite de suivi, par jour (1*)	24,00	
41025	Tournée des malades le week-end (1*) (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).....	41,00	
	NOTE : Les actes codés 41024 ou 41025 sont applicables sur les actes codés 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.		
+	Autres		
+ 00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	90,00	

INHALOTHÉRAPIE

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins		7
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.		

AVIS : *Inscrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.*

AVIS : (1*) Voir la règle 5.7 du préambule général.

SOINS SPÉCIAUX**Cathétérisme veineux**

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1, sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné. Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	180,00	
00987	supplément A8-1		9
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00902	patient de moins de 16 ans (PG-28)	140,00	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	110,00	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents	140,00	4*
00995	supplément A8-1		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	250,00	6
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	32,00	

		R = 1	R = 2
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	160,00	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	145,00	7
00996	supplément A8-1		
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	86,60	

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v. g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	55,35	1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00927	Contrôle subséquent, par visite	15,75	
	maximum par jour	63,00	
41029	Contrôle subséquent le week-end, par visite	25,00	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	100,00	
	NOTE : Les actes codés 00927 ou 41029 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.

	Niveau II Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux halogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	109,05	4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00991	Contrôle subséquent, par visite	12,00	
	maximum par jour	72,00	
41030	Contrôle subséquent le week-end, par visite	21,40	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	128,40	
	NOTE : Les actes codés 00991 ou 41030 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		
	<u>AVIS</u> : <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.</i>		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube ou bloqueur bronchique en utilisant le bronchoscope flexible chez un patient où une isolation pulmonaire est indiquée A8-1		8
	<u>AVIS</u> : <i>Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (réf. : article 6 de l'annexe 29)</i>		
00900	<i>Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient</i>	74,00	
	<u>AVIS</u> : <i>Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, vous référer à la règle 14 du préambule général et à l'article 5.2 de l'annexe 29.</i>		

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

Lorsque le cœur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du cœur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 18 (MOD=036)

18*

AVIS : Lorsque le modificateur **036** est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique; la valeur des unités de base devient 18 unités. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.

TRANSPLANTATIONS

00932 Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base.

12*

DIVERS

00981 Anesthésie pour angioradiologie.

6*

00982 Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne

6*

00954 Anesthésie pour électroconvulsothérapie.

4*

00986 Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur

4*

00958 Anesthésie générale pour épiglottite.

10*

00971 Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale

4*

00972 Anesthésie pour ablation de points de suture.

4*

00974 Tamponnement nasal antérieur

4*

00975 anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examen faits au cours de la même anesthésie

7*

00973 Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examen faits au cours de la même anesthésie

10*

anesthésie pour examen ophtalmologique :

00955 sans intubation

5*

00956 avec intubation

5*

00976 anesthésie pour examen sous anesthésie générale.

4*

00977 anesthésie pour circulation assistée

8*

00978 anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire

8*

00979 anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire

7*

41031 anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans

10*

00983 anesthésie pour télécobalthérapie

4*

00985	Monitoring d'un foetus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément.	1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale.	10*

AVIS : *Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.*

41032	Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) « I »	4*
-------	---	----

NOTE : L'acte codé 41032 identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.

AVIS : *Le code d'acte 41032 est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Remplir les cases PRÉ-NOM ET NOM A LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE ET ADRESSE (province ou pays de résidence) du donneur. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.*

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	79	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE	E-2
Règle 1 - Honoraire global	E-2
Règle 2 - Visites	E-2
Règle 3 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	E-5
Règle 4 - Soins simultanés	E-5
Règle 5 - Soins post-opératoires confiés	E-5
Règle 6 - Chirurgie incluse ou complémentaire	E-5
Règle 7 - Séances opératoires distinctes	E-6
Règle 8 - Chirurgies multiples	E-6
Règle 9 - Chirurgies distinctes	E-7
Règle 10 - Assistance	E-8
Règle 11 - Forfait pour chirurgie complexe	E-9
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	E-10
# Règle 12 - Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe ou pour malformation congénitale complexe	E-11
CHIRURGIE PLASTIQUE	E-13
Règle 13 - Forfait pour chirurgie complexe en neurochirurgie	E-14
NEUROCHIRURGIE	E-14
Règle 14 - Forfait pour chirurgie oculaire complexe	E-16
OPHTALMOLOGIE	E-16
Règle 15 - Honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées pendant certaines heures	E-17
Règle 16 - Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie générale	E-18
# Règle 17 - Forfait pour chirurgie complexe en urologie	E-18
CHIRURGIE GÉNÉRALE	E-19
# UROLOGIE	E-20
# ADDENDUM 7 - MICROCHIRURGIE	E-21
# Règle 1 - Application	E-21
# Règle 2 - Description des nerfs	E-21
# Règle 3 - Tarification	E-21

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1. HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opérateurs ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Il prévoit aussi le paiement d'honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées au cours de certaines heures durant la journée.

RÈGLE 2. VISITES

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opérateur, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : Voir la règle 5 du préambule général ainsi que la Règle d'application n° 7.

En post-opérateur, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS : Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, utiliser le modificateur 179.

Le médecin spécialiste en médecine d'urgence n'a pas à inscrire le modificateur 179 pour les services rendus à la salle d'urgence.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 63 \$ ou moins.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1^{er} juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie dont le tarif est de plus de 63 \$: sous réserve des exceptions suivantes, ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

Pour le médecin classé en chirurgie générale, seule la visite postopératoire du premier jour suivant l'intervention est comprise dans l'honoraire de la chirurgie.

RÈGLE 3. PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

3.1 Le chirurgien a droit au paiement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'il exécute, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 4. SOINS SIMULTANÉS

4.1 Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin spécialiste d'une autre discipline auquel le chirurgien fait appel en raison de l'état du malade.

Celui qui donne des soins simultanés, est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

4.2 Celui qui agit comme assistant lors de la chirurgie, n'a pas droit au paiement d'honoraires pour des soins simultanés.

RÈGLE 5. SOINS POST-OPÉRATOIRES CONFÉ

5.1 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie, n'a pas droit au plein tarif.

Celui qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts de l'honoraire global (MOD=024).

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui assumera les soins post-opératoires dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

- Utiliser le modificateur **024**.

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global (MOD=**025**); toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale ou la chirurgie vasculaire, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier (MOD=**026**).

AVIS : *Le médecin qui réclame les soins post-opératoires doit facturer le même code d'acte que le chirurgien principal.*

- Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la chirurgie dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

- Utiliser le modificateur **025** ou **026**, selon la situation.

RÈGLE 6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 7. SÉANCES OPÉRATOIRES DISTINCTES

7.1 Sous réserve de l'article 8.5, les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

RÈGLE 8. CHIRURGIES MULTIPLES

AVIS : *Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » ou « supplément » sont payés à plein tarif.*

8.1 Sont payées demi-tarif (MOD=050) les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS : *Identifier les séances opératoires différentes et les sites différents par le modificateur approprié. Voir l'annexe II sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

8.3 Un seul honoraire de la section *Appareil vasculaire non thoracique* est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur multiple approprié comportant les modificateurs 050 et 093 s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

+ **8.4** Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale. Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser le modificateur 122 pour les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées à la même séance, sauf pour la chirurgie principale.*

Utiliser le modificateur 013 pour la chirurgie pratiquée sur le deuxième œil lors d'une chirurgie bilatérale effectuée à la même séance.

8.5 De plus en ophtalmologie, sont également payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre APPAREIL VISUEL et pratiquées auprès d'un patient au cours d'une journée, même lors de séances opératoires différentes, sauf la chirurgie principale, la chirurgie effectuée en urgence, l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : Utiliser le modificateur **123**, lorsque des chirurgies multiples de l'appareil visuel sont pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, **en situation d'urgence** survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent **ou** pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire **ou** l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : Utiliser le modificateur **125**, lorsque des chirurgies multiples de l'appareil visuel sont pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, **sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence**, de l'examen de tomographie optique du globe oculaire **ou** de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

Règles 8.4 et 8.5 de l'Addendum 4

	En ophtalmologie	Autres spécialités
Même séance (8.4)		
# -chirurgie bilatérale effectuée sur le deuxième œil	MOD 013 (90 %)	MOD 050 (50 %)
-chirurgies multiples de l'appareil visuel	MOD 122 (75 %)	MOD 050 (50 %)
-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 122 (75 %)	---
-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 122 (75 %)	MOD 050 (50 %)
Séances différentes (8.5)		
Non en urgence		
-chirurgies multiples de l'appareil visuel, sauf examen de tomographie optique du globe oculaire ou d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 125 (75 %)	---
-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 123 (100 %)	---
-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 123 (100 %)	---
En situation d'urgence , en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent		
-chirurgies multiples de l'appareil visuel	MOD 123 (100 %)	---
-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 123 (100 %)	---
-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 123 (100 %)	---

8.6 Toutefois, en dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance (actes codés **01131** et **01133**).

AVIS : *Utiliser le modificateur 426.*

RÈGLE 9. CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique ainsi que pour un chirurgien vasculaire qui pratique une chirurgie autre que vasculaire.

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

RÈGLE 10. ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Toutefois, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, le médecin assistant (rôle 4) associé à la chirurgie principale ne peut être rémunéré.

Le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

RÈGLE 11.**FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE**

- + **11.1** Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : *Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant, voir le code d'acte **07251**.*

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'annexe 15.

- # **AVIS :** *Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé, voir les codes d'acte **01425** et **01426** et ses suppléments.*

Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Pour demander le tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (30,75 \$), utiliser un des codes d'acte suivants et suivre les instructions de facturation ci-dessous :

05987 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total

05988 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total

05989 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total

05990 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total

05991 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total

05992 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures

Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Voir les codes d'acte **05993**, **05994**, **05995**, **05996**, **05997** et **05998**.*

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie
seulement)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 047,90	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 309,90	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 971,55	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 253,00	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	2 816,40	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 661,30	18

D NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau
microanastomosé (codes d'acte 01425,
01426 et ses suppléments) par un médecin
de la même discipline, ce dernier peut factur-
rer ce service à plein tarif nonobstant la
règle 9 de l'Addendum 4 - Chirurgie

AVIS : Voir la règle 11 de l'Addendum 4 - Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée
anesthésiologique de la chirurgie dans
la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 12.**+ FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR TRAUMATISME COMPLEXE OU POUR MALFORMATION CONGÉNITALE COMPLEXE**

- + Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de trois heures ou plus, peuvent être rémunérées sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'annexe 15. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou pour un patient ayant un IMC > = 40, le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Pour demander le tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (30,75 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :*

05966 assistance pour une durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total;

05967 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;

05968 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;

05908 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;

05909 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;

05910 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;

05911 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.

*Les codes **05966**, **05967** et **05968** doivent être facturés uniquement dans les centres hospitaliers suivants :*

- #
- CHU Sainte-Justine;
 - CUSM – Site Glen (pédiatrique);
 - CHUQ – Pavillon CHUL.

Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- le code d'acte approprié dans la section Actes;

- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;

- l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

S'il s'agit du supplément pour microanastomose vasculaire ou nerveuse lors d'une assistance chirurgicale, utiliser un des codes suivants et le tarif identifié :

#	05912 par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément	175,00 \$;
	05906 si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément	50,00 \$;
	05913 par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	150,00 \$;
	05907 si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément	50,00 \$;
	05918 pour patient ayant un IMC > = 40, supplément	75,00 \$.

Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

De plus, pour les actes 05912 et 05913 :

- Inscrire le nombre de microanastomoses dans la case UNITÉS;

CHIRURGIE PLASTIQUE

D	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatismes complexes ou pour malformation congénitale complexe.		
05963	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	846,30	18
05964	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 128,40	18
05965	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 692,60	18
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 256,80	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 821,00	18
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 385,20	18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 949,40	18
T 05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	700,00	
T 05914	si microanastomose vasculaire excédentaire, supplé- ment	200,00	
T 05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplé- ment	600,00	
T 05915	si microanastomose nerveuse excédentaire, supplé- ment	200,00	
	NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les actes codés 5914 et 5915.		
+	NOTE : Les actes codés 05914 et 05915 ne sont pas facturables dans le cas de reprise de microanastomose déjà facturée.		
05936	pour patient ayant un IMC ≥ 40 , supplément	300,00	
	NOTE : Les actes codés 05963, 05964 et 05965 ne peuvent être facturés que dans les centres hospitaliers suivants :		
D	- CHU Sainte-Justine		
	- CUSM - Site Glen (pédiatrique)		
	- CHUQ - Pavillon CHUL		

AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - Chirurgie
- Inscire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 13.**FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN NEUROCHIRURGIE**

- + Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'acte **05954 à 05962**.

R = 1 **R = 2**

NEUROCHIRURGIE

Forfait pour chirurgie complexe
(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie
seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 072,25	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 797,50	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 626,35	18

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée
anesthésiologique de la chirurgie dans
la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET**
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		R = 1	R = 2
	Assistance opératoire :		
05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	355,95	
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	596,80	
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	830,20	
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total.		1 074,45
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total.		1 304,45
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures. .		1 422,75

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14 du préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

#

AVIS : *Pour la facturation de l'assistance opératoire, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :*

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- l'heure de début et de fin de la durée de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

RÈGLE 14.**FORFAIT POUR CHIRURGIE OCULAIRE COMPLEXE**

- + Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Pour demander le tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (30,75 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :*

05952 assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie

05953 assistance par quart d'heure additionnel

Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- l'heure de début et de fin de la durée de l'assistance chirurgicale dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

R = 1

R = 2

OPHTALMOLOGIE

Forfait pour chirurgie oculaire complexe
(acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie
seulement)

05950	durée opératoire d'une heure et demie	507,70	15
05951	par quart d'heure additionnel.	84,60	

AVIS : *Voir la règle 14 de l'Addendum 4 – Chirurgie.*

- *Inscrire l'heure de début et de fin de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 15.**HONORAIRES ADDITIONNELS POUR LES CHIRURGIES EFFECTUÉES PENDANT CERTAINES HEURES**

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique, gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie - annexe 6 de l'Accord-cadre et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

- i) Lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel de 105 \$.

05916 Honoraire additionnel a. m. 105 \$

AVIS : *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Cette information n'a aucun effet sur le calcul des honoraires du chirurgien.*

- ii) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 15 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 21 \$.

05917 Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes 21 \$

AVIS : *Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée;*

- *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Cette information n'a aucun effet sur le calcul des honoraires du chirurgien.*

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.5 Lorsqu'une disposition de l'Accord-cadre prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

RÈGLE 16. FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

- + **16.1** Pour le médecin classé en chirurgie générale, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 et des suppléments d'IMC sous les onglets *H – Système respiratoire* et *L – Système digestif*, lesquels s'ajoutent le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'acte **05928, 05929 et 05937 à 05949.**

+ **RÈGLE 17. FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN UROLOGIE**

17.1 Pour le médecin classé en urologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

- # **AVIS :** Voir les codes d'acte **05969 à 05980.**

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en chirurgie générale
seulement)

05937	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 200,00	18
05938	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 400,00	18
05939	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 600,00	18
05940	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 000,00	18
05941	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 250,00	18
05942	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 500,00	18
05943	durée anesthésiologique de 10 à 11 heures au total	2 750,00	18
05944	durée anesthésiologique de plus de 11 heures	3 000,00	18
05928	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh B, supplément	75,00	
05929	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh C, supplément	100,00	

AVIS : Voir la règle 16 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- Inscire l'heure de début et de fin de la
durée anesthésiologique de la chirurgie
dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMEN-
TAIRES.

Assistance opératoire

05945	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00	
05946	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00	
05947	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00	
05948	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00	
05949	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 500,00	

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle
14 du préambule général s'appliquent à partir
de l'heure du début de l'assistance opéra-
toire.

AVIS : Pour la facturation de l'assistance opératoire,
veuillez utiliser un des codes d'acte suivant et
suivre les instructions de facturation ci-dessous.

Remplir la Demande de paiement – Médecin
(1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la
case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- l'heure de début et de fin de la durée de
l'assistance chirurgicale dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE-
MENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

+ UROLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en urologie seulement)

05969	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 200,00	18
05970	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 500,00	18
05971	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 800,00	18
05972	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 100,00	18
05973	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 400,00	18
05974	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 700,00	18
05975	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	3 000,00	18

AVIS : Voir la règle 17 de l'Addendum 4 – Chirurgie

- Inscire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Assistance opératoire

+ 05976	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00
+ 05977	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00
+ 05978	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00
+ 05979	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00
+ 05980	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures . .	1 500,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14 du préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'Assistance opératoire.

AVIS : Pour la facturation de l'assistance opératoire, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code d'acte approprié dans la section Actes;
 - l'heure de début et de fin de la durée de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

ADDENDUM 7. - MICROCHIRURGIE**RÈGLE 1.
APPLICATION**

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous microscope; n'est pas visé l'emploi de lunettes grossissantes.

On entend par amputation, la séparation du corps soit d'un membre soit d'une petite partie d'un membre.

**RÈGLE 2.
DESCRIPTION DES NERFS**

2.1 On entend par « nerfs majeurs » les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sciatique poplité externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens.

Les éléments des plexus tels que racines, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

**RÈGLE 3.
TARIFICATION**

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).

INDEX

Page

PEAU-PHANÈRES, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES	F-2
Absès, hématome ou sérome, unique ou multiple, incluant le drainage, le cas échéant	F-3
Tumeur bénigne ou précancéreuse	F-4
Lipomatose diffuse ou neurofibromatose	F-5
Autres conditions	F-5
Tumeurs cancéreuses	F-8
Cryochirurgie	F-9
Lipectomie fonctionnelle	F-10
Onysectomie	F-10
Sinus pilonidal	F-10
Exérèse de corps étrangers	F-10
# Verrue et molluscum contagiosum	F-11
Cautérisation	F-11
Réparation de plaies (débridement compris)	F-11
# Brûlures	F-14
Résection d'un moignon de lambeau	F-14
# Greffe capillaire	F-15
# Micro-greffe capillaire	F-15
Greffes cutanées ou greffes cultivées	F-15
Greffes par glissement, rotation ou transposition	F-16
# Greffe pédiculée (à distance)	F-17
# Greffe libre	F-17
# Dermabrasion : Sablage	F-19
# Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales	F-19
# Seins	F-19
# Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement	F-23
# Fistule cutanée	F-23
# Chirurgie plastique	F-23

**F - PEAU - PHANÈRES
TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ
ET MUQUEUSES**

AVIS : *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants :
01010, 01012, 01021, 01043, 01044, 01045, 01046, 01324, 01338, 01386, 01388, 01395, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419, 01460, 01463, 01464 et 01465 et elle est également requise pour les codes d'acte suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01310, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416 et 01417.

De plus, l'autorisation de la Régie est aussi requise pour les codes d'acte 01233 et 01234 lorsque effectués chez un patient de plus de 18 ans.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

D

01031	Un supplément est payable pour les actes codés 01010, 01012, 01021, 01343, 01373, 01402, 01407, 01410, 01423, 01434 et 01435 du chapitre « Peau - Phanères - Tissu cellulaire sous cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC >= 40 (pour chirurgien plastique seulement)	300,00
	Un supplément est payable sur le tarif de base des actes 01201, 01205, 01228, 01230, 01231, 01232, 01250, 01251, 01252 et 01334 du chapitre « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC >= 40	
01025	Acte de moins de 100 \$, supplément.	20,00
01026	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément	60,00
01027	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément	110,00
01028	Acte de 600 \$ et plus, supplément.	170,00

**ABCÈS, HÉMATOME OU SÉROME, UNIQUE
OU MULTIPLE, incluant le drainage, le cas échéant**

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle . . .	44,20	
01014	périanal (PG-28)	61,50	
01015	palmaire ou digital (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	167,65	
01016	intramusculaire	131,25	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01017	sous-cutané (PG-28)	96,50	5
01024	cervical (PG-23)	276,75	6
01018	périanal (PG-23)	109,35	5
T 01019	palmaire ou digital (PG-28)	200,00	5
01020	intramusculaire (PG-28)	131,25	5

**EXCISION CONVENTIONNELLE
OU PAR CRYOCHIRURGIE****TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE**

(biopsies comprises) :

(Naevi, angiomes, lipomes, kératoses actiniques, etc.
sauf les kystes sébacés et les verrues).**Face, cou et organes génitaux**

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01101	sans suture (2*)	15,70	
	avec suture		
01102	2 cm ou moins (PG-28) (1*)	16,80	
01103	2 cm à 5 cm (PG-28) (1*)	73,50	
01104	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	131,25	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
01105	2 cm ou moins (PG-28) (1*)	111,80	5
01106	2 cm à 5 cm (PG-28) (1*)	139,70	5
01107	plus de 5 cm (1*)	196,35	5

Autre région

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins (2**)	13,80	
01109	plus de 5 cm (1*)	40,95	
	avec suture		
01121	5 cm ou moins (PG-28) (1*)	36,85	
01122	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	55,35	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01123	5 cm ou moins (PG-28) (1*)	89,40	5
01124	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	123,70	5

NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables
par séance.**AVIS :** *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre
de tumeurs dans la case UNITÉS, sauf pour les
codes d'acte 01101 et 01108.***AVIS :** *(1*) La lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque
la lésion est de forme rectangulaire; inscrire le nombre
de centimètres du côté le plus long du rectangle dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉ-
MENTAIRES.**(2*) Voir la Règle d'application n° 32.*

LIPOMATOSE DIFFUSE OU NEUROFIBROMATOSE

+ S	01126	Exérèse de 5 à 10 lésions.	150,00	5
+	01051	Exérèse de 11 lésions ou plus	277,00	7

AUTRES CONDITIONS

AVIS : *Pour les codes 01043, 01044, 01045 et 01046, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

		Kystes sébacés :		
01169		face, cuir chevelu, cou (PG-28)	18,80	5
01172		autres localisations	43,00	5

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables

AVIS : *Utiliser une ligne par lésion.*

Traitement des angiomes plans (excluant les malformations capillaires autorésolutives), des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de moins de 18 ans.

		sous anesthésie :		
01110		par cm carré (1*)	26,45	4
		maximum par séance.	264,50	
		sans anesthésie :		
01112		par cm carré (PG-28) (1*)	12,25	
		maximum par séance.	61,25	

NOTE : Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

AVIS : *(1*)Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.*

R = 1 R = 2

Traitement des angiomes plans, des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, au corps, par laser, chez les patients de moins de 18 ans.

	sous anesthésie :		
01043	par cm carré (1*)	26,45	4
	maximum par séance	264,50	
	sans anesthésie :		
01044	par cm carré (PG-28) (1*)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

NOTES : 1. Les actes codés 01043 et 01044 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les actes codés 01043 et 01044.

Traitement des angiomes plans d'une superficie de 6 cm carrés ou plus, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de 18 ans et plus.

	sous anesthésie :		
01045	par cm carré (1*)	26,45	4
	maximum par séance	264,50	
	sans anesthésie :		
01046	par cm carré (PG-28) (1*)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

NOTES : 1. Les actes codés 01045 et 01046 ne peuvent être facturés plus de 2 fois par patient, par année.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les actes codés 01045 et 01046.

AVIS : (1*)Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.

Laser ablatif

Traitement de tumeurs cutanées secondaires à une génodermatose documentée, par laser ablatif, à la face ou au cou.

01047	sous anesthésie :		
	par cm carré (1*)	.....	30,00
	maximum par séance	.....	300,00
01048	sans anesthésie :		
	par cm carré (PG-28) (1*)	.....	15,00
	maximum par séance	.....	150,00

NOTES : 1. Les actes codés 01047 et 01048 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

S

Traitement de chéilite actinique touchant plus de 50 % de la lèvre, par laser ablatif, par séance.

01049	réalisé en cabinet privé	150,00
01050	réalisé en établissement	.....	75,00

NOTE : Les actes codés 01049 et 01050 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par année.

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.

TUMEURS CANCÉREUSES

01130 Exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, supplément 96,70

NOTE : L'acte codé 01130 peut être facturé avec les actes codés 01131, 01132, 01133 et 01134.

(biopsies comprises)
par excision chirurgicale

Face, cou et organes génitaux

01131 sous anesthésie locale 115,20

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie

01132 sous anesthésie régionale ou générale (PG-28) 335,35 6

Autre région

01133 sous anesthésie locale 56,90

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie

01134 sous anesthésie régionale ou générale (PG-28) 279,45 6

Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch

01199 première couche (PG-28) 276,75 6

D 01190

chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum 2 couches supplémentaires 110,70

D NOTE : L'exérèse du noyau tumoral ne peut être considérée comme une première couche et ne peut être facturée en sus.

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de couches dans la case UNITÉS.

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;

- la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit :

- d'un cancer récidivant ou
- d'une tumeur de plus de 1 cm au visage ou au cou ou
- d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou
- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière, une narine, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morphéiforme ou infiltrant

NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 ne peuvent pas être facturés dans les cas de mélanome, à l'exception des mélanomes de type lentigo malin superficiel.

NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 constituent un honoraire global et incluent les consultations effectuées dans les douze mois précédents, ainsi que les visites principales et les visites de contrôle faites dans les douze mois suivants. Cette note s'applique dans tous les lieux de dispensation.

01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de couches dans la case UNITÉS.

CRYOCHIRURGIE

Tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques (biopsies comprises) :

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.

Ne peut être utilisé pour la cryothérapie.

01143	face, cou et organes génitaux	54,20	5
01144	autre région	27,10	4

LIPECTOMIE FONCTIONNELLE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01010, 01012 et 01021 sont réclamés.*

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	838,35	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	558,90	5
01021	membre inférieur	789,90	5
	Liposuction d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	67,05	
01211	sous anesthésie générale	101,55	5

ONYCECTOMIE

	doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :		
01215	simple (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	49,20	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	184,45	5

SINUS PILONIDAL

	(kyste sacro-coccygien) :		
01217	excision simple (PG-28)	258,15	5
01220	excision et plastie (PG-28)	258,15	5
01221	marsupialisation (PG-28)	258,15	5

EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS

01196	simple (PG-28)	29,40	4
+ 01197	compliquée (faite au bloc opératoire sous anesthésie régionale ou générale)	266,00	6
+	NOTE : l'acte codé 01197 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		

S

VERRUE ET MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

	Excision chirurgicale :		
	non faciale :		
01222	première (PG-28)	10,10	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . .	2,50	
	maximum 15 verrues additionnelles		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
	faciale :		
01223	première (PG-28)	14,60	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . .	3,50	
	maximum 9 verrues additionnelles		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
	plantaire excluant l'émondage :		
01225	première	17,90	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . .	5,00	
	maximum de 10 verrues additionnelles par séance		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
01227	en mosaïque (excision totale) par séance.	54,20	5
01224	excision totale et plastie.	112,45	5
	NOTE : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.		

CAUTÉRISATION

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la section *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*

RÉPARATION DE PLAIES (débridement compris)**Lacérations simples**

	face et cou :		
	Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01320	moins de 1 cm (PG-28)	50,00	5
	par cm additionnel (1*)	19,40	

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.

R = 1 R = 2

	autres localisations : pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01323	moins de 1 cm (PG-28)	40,00	5
	par cm additionnel (1*)	10,40	
01316	Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale) 1 ^{er} centimètre (1*)	110,70	5
	par centimètre additionnel	22,15	
	<u>AVIS :</u> <i>Le service médical codé 01316 doit être facturé seul. Si une ou plusieurs chirurgies sont effectuées au cours d'une même séance opératoire, utiliser le code 01317.</i>		
01317	au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément 1 ^{er} centimètre	26,25	
	par centimètre additionnel (1*)	10,50	
	<u>AVIS :</u> <i>Le service médical codé 01317 est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code d'acte 01316.</i>		

Lacérations compliquées

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération. À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

01322	face et cou : moins de 2,5 cm (PG-28)	105,00	5
	par 2,5 cm additionnels	36,75	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	656,25	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case UNITÉS. Exemple 2,5 cm = 1 unité</i>		

Joindre le compte rendu opératoire.

AVIS : (1*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
+	01325 plaies étendues, multiples ou compliquées faites en salle d'opération, sous anesthésie générale (PG-28) .	415,00	5
+	NOTE : l'acte codé 01325 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		
#	<p><u>AVIS</u> : <i>Le protocole opératoire est obligatoire pour l'appréciation de ce service.</i></p> <p>débridement isolé de plaie :</p> <p>NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.</p>		
	01327 chaque unité de 1 cm (PG-28)	7,80	
	valeur maximum	140,40	
	<p><u>AVIS</u> : <i>Utiliser une ligne par site en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.</i></p>		
	01032 sous anesthésie régionale ou générale		
	chaque unité de 1 cm	10,00	5
	valeur maximum	350,00	
	<p><u>AVIS</u> : <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.</i></p>		
T	01328 réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	263,00	6
S			

R = 1 R = 2

BRÛLURES

	débridement isolé de brûlures moins de 10 % de la surface corporelle Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé		
01345	entre 10 % et 30 % de la surface corporelle, par cm (PG-28)	0,55	8
	valeur maximum	137,50	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.		
01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux (PG-28)	473,95	8
S			
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	600,00	8
	<u>AVIS :</u> Joindre le compte rendu opératoire.		
	Escharotomie de décompression chez les brûlés		
01346	tronc (PG-28)	105,00	5
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	100,00	5
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	105,00	5
D	NOTES : 1. Les services médicaux codés 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les services médicaux codés 01339 et 01345.		
	2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.		
01334	changement de pansements sous anesthésie au bloc opératoire incluant le débridement	315,00	7
01340	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	105,00	
01321	Injections multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	44,70	6
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.		
	RÉSECTION D'UN MONITEUR DE LAMBEAU		
01033	Résection d'un moniteur de lambeau cutané, musculaire et/ou muqueux	150,00	6

GREFFE CAPILLAIRE

01338	par greffon	5,00	4
	maximum par séance	350,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de greffons dans la case UNITÉS.

Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.

MICRO-GREFFE CAPILLAIRE

01324	par unité folliculaire	2,10	
	maximum par séance	2 625,00	
	maximum par patient	5 250,00	

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et joindre le compte rendu opératoire.

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités folliculaires pour une même séance dans la case UNITÉS.

GREFFES CUTANÉES OU GREFFES CULTIVÉES

A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	73,50	4
01360	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraf) première application	110,25	5
01361	application additionnelle ou subséquente	27,95	4

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'applications dans la case UNITÉS.

**GREFFES PAR GLISSEMENT, ROTATION
OU TRANSPOSITION**

NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014). Cette note s'applique aux actes codés 01365, 01367 et 01373.

	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	301,80	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	296,20	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	458,30	5
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28) . .	1 006,00	6
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	1 023,75	6
D ----	avec microchirurgie	(voir greffe libre)	
	Transfert d'un lambeau : sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :		
01368	en un temps (PG-28)	556,50	5
01369	en deux temps	472,50	6
01336	Transfert d'un gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	1 089,85	8

GREFFE PÉDICULÉE (à distance)

	stage majeur :		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	367,50	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	503,00	7
	stage secondaire :		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	262,50	6
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	262,50	5
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance.	157,50	4

GREFFE LIBRE

NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014). Cette note s'applique aux actes codés 01385, 01395, 01423, 01424, 01425 et 01426.

01362	bout du doigt (PG-28)	223,55	6
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	251,50	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services.	2 535,00	18
	tête et cou :		
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	315,00	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	491,85	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	577,50	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	220,05	5
01356	cavité nasale (PG-28)	276,75	5
01357	cavité buccale.	319,75	5
01358	sous une greffe pédiculée	149,45	4
01359	cavité osseuse importante	245,70	5
	autres régions :		
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	245,90	5
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	368,85	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	614,80	5
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	6,40	
T	maximum par séance	1 024,40	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 6 centimètres carrés excédentaires à 600 centimètres carrés dans la case UNITÉS.

Additionner au total obtenu une unité supplémentaire.

Exemple : 2 centimètres carrés excédentaires à 600 centimètres carrés = 2 unités. Incrire dans la case UNITÉS : 3 unités totales.

		R = 1	R = 2
01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil (PG-28)	637,15	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	1 453,15	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	1 365,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant un ou plusieurs pédicule(s) vasculaire(s)	2 103,45	18
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 743,65	18
01427	cutané, supplément	132,85	
01428	musculaire, supplément	127,75	
01429	osseux, supplément	127,85	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	184,50	
01431	nerveuse, supplément	125,65	
01387	Lambeau jambes croisées	425,80	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	160,55	7
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	394,95	6
AVIS : <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code 01395 est réclamé, sauf lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
01035	si injection de 150cc à 299cc de graisse, supplément	150,00	
01036	si injection de 300cc ou plus de graisse, supplément	300,00	
01396	Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément NOTE : L'acte codé 01396 ne peut être facturé avec l'acte codé 01395 à la même séance.	111,80	

DERMABRASION : SABLAGE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01310, 01311 et 01312 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :		
01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	170,75	6
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	117,90	6
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	84,20	5

CORRECTION CHIRURGICALE OU AU LASER DE CICATRICES POST-TRAUMATIQUES OU CHIRURGICALES

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01405, 01406, 01416 et 01417 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
01405	moins de 4 cm (PG-28)	75,90	6
01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	279,45	6
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	380,05	6
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	472,50	6

SEINS

NOTE : Malgré la règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

AVIS : *Utiliser le modificateur 414 pour réclamer à 100 % tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance.*

Incision

01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	96,50	6
-------	--	-------	---

Excision

01201	Biopsie incisionnelle ou excisionnelle pour lésion bénigne ou maligne simple ou multiple du sein (PG-28)	201,70	6
01250	après localisation par harponnage ou par stéréotaxie, supplément	61,50	

		R = 1	R = 2
01205	Mastectomie partielle ou tumorectomie pour pathologie bénigne ou maligne, incluant la biopsie à la même séance, le cas échéant, excluant la gynécomastie chez l'homme de plus de 18 ans (PG-28)	383,60	6
01251	après localisation par harponnage, supplément	61,50	
01252	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	147,55	
01228	avec dissection axillaire, supplément	356,60	
01230	Mastectomie simple ou totale	542,35	6
T 01037	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	147,55	1
01038	Mastectomie totale avec préservation cutanée et/ou du complexe aréolo-mamelonnaire	700,00	7
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	891,50	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	983,75	8
01233	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale	253,60	6
01234	bilatérale	362,25	6
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.		
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes d'acte 01233 et 01234 sont réclamés chez un patient de plus de 18 ans.</i>		
01176	Capsulectomie totale du sein (PG-28)	380,05	4
	NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique		
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % pour le médecin spécialiste en chirurgie plastique. (MOD=014)		
01235	Excision du mamelon	58,15	5

Réparation

NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes **01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419** et **01465** sont facturés.*

*Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale suite à une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes **01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419** et **01465**. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

*Lorsque le code **01435** est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

		R = 1	R = 2
01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale pré ou rétro-pectorale	581,25	6
01039	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expandeurs, supplément	300,00	1
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	2 012,05	10
01407	Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal sans implant	1 466,90	10
01410	avec implant	1 704,65	10
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	215,20	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
01386	par greffe (PG-28)	423,15	5
01388	par tatouage (PG-28)	423,15	5
01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	338,50	
	Réduction mammaire		
01434	unilatérale	620,60	6
	NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).		
01435	bilatérale (PG-28)	894,25	6
	NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).		
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	190,05	
01465	Mastopexie	614,80	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	245,90	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	440,10	5
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	530,35	5
	NOTE : L'acte codé 01419 ne peut être facturé avec l'acte codé 01408 à la même séance.		
01040	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expandeurs, supplément	300,00	1

GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT

	Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée		
01432	sans greffe (PG-28)	134,10	5
01433	avec greffe	564,20	5

FISTULE CUTANÉE

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	96,50	5
01415	Profonde sous-aponévrotique	134,15	5

CHIRURGIE PLASTIQUE

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

01451	Intervention très mineure (PG-28) (1*)	39,10	5
01452	Intervention mineure (PG-28) (1*)	105,00	6
01453	Intervention moyenne (PG-28) (1*)	144,20	6
01454	Intervention majeure (PG-28) (1*)	183,75	6
T 01455	Intervention très importante (PG-28) (1*)	230,00	9

AVIS : *Le protocole opératoire est obligatoire pour l'appréciation de ce service (01455).*

01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	564,20	6
-------	--	--------	---

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.*

T 01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée . .	500,00	10
---------	--	--------	----

AVIS : *(1*) Les codes d'acte 01451, 01452, 01453, 01454 et 01455 sont des codes d'acte C.S. au tarif. Les montants sont inscrits seulement à titre de référence (voir la règle 16 du préambule général).*

		R = 1	R = 2
01459	Implantation de matière allogène : À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	131,30	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	115,00	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28) (1*)	726,55	5
01041	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1
	NOTE : L'acte codé 01041 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.		
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		
01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance.	57,00	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28) (1*)	705,25	5
01042	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1
	NOTE : L'acte codé 01042 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.		
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		

AVIS :

(1) Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01463 et 01464 sont réclamés, sauf lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou controlatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Joindre le compte rendu opératoire.

INDEX

Page

ADDENDUM 5 - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	G-2
Crâne et face	G-5
Squelette axial	G-7
Colonne vertébrale	G-7
Thorax	G-14
Bassin	G-14
Extrémités - membres supérieurs	G-16
Épaule	G-16
Bras (humérus)	G-20
Coude	G-22
Avant-bras	G-25
Main et poignet	G-27
Extrémités - membres inférieurs	G-33
Hanche	G-33
Cuisse	G-35
Fémur	G-35
Genou	G-38
Tibia et péroné	G-41
Cheville	G-44
Pied	G-46
Bourse séreuse	G-50
Muscles	G-51
Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments	G-51
Divers	G-54
Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence	G-57
Microanastomose	G-58
# Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes	G-58

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

ADDENDUM 5. - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

DÉFINITIONS

Dans ce préambule, on entend par les termes :

Os mineur : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

Réduction ouverte : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

Réduction fermée : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

RÈGLE 1.

1.1 Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

AVIS : Voir les codes d'acte **15131** ou **15132** à l'onglet B - Tarification des visites à la spécialité de chirurgie orthopédique.

RÈGLE 2.

2.1 Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant. (MOD=027)

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

RÈGLE 3.

3.1 Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs. (MOD=010)

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif pour le traitement de chaque os mineur. (MOD=050)

3.2 Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction. (MOD=049)

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture. (MOD=049)

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=134)

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=150)

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte. (MOD=039)

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=030)

7.2 On accorde un honoraire de 63,90 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=064)

7.3 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. (MOD=169)

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.**

RÈGLE 10.

- + **FORFAIT POUR CHIRURGIES TUMORALE OU ONCOLOGIQUE COMPLEXES (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire)**
- + Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgies tumorale ou oncologique d'une durée anesthésique de deux heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : *Voir les codes d'acte 02188, 02189, 02192, 09566, 09567, 18171, 18172 et 18173.*

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée (MOD=172).

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur 172, vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.*

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : *Voir les codes d'acte 19052, 18000 à 18006.*

Le médecin désigné qui effectue un déplacement de plus de 40 kilomètres de son établissement de pratique principal a également droit au paiement de ses frais de déplacement, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 1 de l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

AVIS : *Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro d'établissement de pratique principal ou son code postal correspondant au lieu de départ.*

AVIS : *Pour les instructions de facturation, vous référer à l'onglet Frais de déplacement et de séjour, à l'annexe 23 du Manuel des médecins spécialistes.*

		R = 1	R = 2
02362	révision pour pseudarthrose sans instrumentation un niveau	700,00	6
	niveau additionnel	200,00	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.		
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
02369	thoracoplastie	416,85	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéломéningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	971,25	18
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	150,00	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	360,05	7
09555	exérèse de l'appareillage	105,00	5
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis . .	200,00	

THORAX*Biopsie*

02066	costale ouverte	189,00	6
-------	-----------------------	--------	---

Excision

02114	de première côte	336,00	6
02116	de côte cervicale	352,80	6
02167	de côte avec drainage exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	321,70	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	840,75	10

Fracture

S

	du sternum		
02533	réduction fermée	140,60	4
02535	réduction ouverte	182,00	7
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	310,00	7

Reconstruction

02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondroplastie) avec atteinte fonctionnelle	823,60	15
18128	exérèse d'une ou plusieurs barres métalliques après correction de pectus carinatum ou excavatum (PG-23)	400,00	8
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale avec atteinte fonctionnelle	170,95	6

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les actes codés 02503 et 02504.

AVIS : Pour les codes **02503** et **02504**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

BASSIN*Amputation*

02215	hémipelvectomie	960,00	15
-------	-----------------------	--------	----

Arthrodèse

02935	sacro-iliaque	750,00	8
-------	---------------------	--------	---

		R = 1	R = 2
<i>Biopsie osseuse</i>			
02062	ouverte	250,00	5
<i>Désinsertion</i>			
02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	450,00	6
<i>Excision</i>			
02130	tumeur bénigne	450,00	8
02131	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	600,00	10
02132	tumeur maligne	600,00	8
02137	tumeur maligne ostéosynthèse	750,00	10
<i>Exérèse</i>			
18079	de plaque et vis, bassin ou acétabulum	350,00	8
18080	de vis, bassin ou acétabulum	200,00	6
<i>Fractures</i>			
symphyse pubienne			
réduction ouverte			
18081	avec fixateur externe	550,00	7
18082	avec plaque et vis	700,00	7
fracture du sacrum ou fracture luxation sacro-iliaque ou luxation sacro-iliaque ou fracture de la crête iliaque extra-articulaire			
18083	réduction fermée et fixation percutanée.	750,00	7
02572	réduction ouverte	1 000,00	8
acétabulum			
02581	réduction fermée, luxation centrale	250,00	6
18084	réduction ouverte avec vis ou plaque et vis mur postérieur isolé	1 000,00	8
02580	avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 950,00	18
fracture de une ou deux colonnes			
18085	réduction fermée et fixation percutanée.	900,00	8
NOTE : L'acte codé 18085 ne peut pas être facturé avec un autre acte de fracture du bassin à la même séance.			
réduction ouverte			
18086	par abord de Smith-Peterson ou Kocher ou Stoppa et fixation par plaque et vis	1 400,00	15
18087	par abord ilio-inguinale, triradiée ou ilio-fémorale étendue ou 2 abords	1 700,00	15
02707	malunion, pseudarthrose ou présentation tardive (21 jours, Malgaine) incluant approche antérieure et postérieure, ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 950,00	18
<i>Greffe osseuse</i>			
02774	greffe osseuse au bassin.	373,30	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			

Incision et drainage

18088	abcès d'ostéomyélite, fenestration ou forage, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	315,00	5
-------	--	--------	---

Ostéotomie

02000	supra-acétabulaire (type Salter, Chiari ou « shelf »)	1 200,00	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 600,00	18

EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS**ÉPAULE**

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02281	désarticulation gléno-humérale	700,00	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	1 100,00	10

Arthrodèse

02925	gléno-humérale	1 000,00	10
02965	scapulo-thoracique	1 000,00	10

Arthrolyse

02973	gléno-humérale, toute technique	450,00	8
-------	---	--------	---

NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet *Musculo-squelettique* au même site, à la même séance.

Arthroplastie

02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	700,00	10
02407	prothèse totale gléno-humérale	1 000,00	12
+ 18176	prothèse totale gléno-humérale inversée	1 000,00	12

D ***Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe à l'humérus et/ou à la glène, le cas échéant)***

T 18139	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	10
---------	--	--------	----

S

		R = 1	R = 2
T 18089	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et glénoïdienne et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou la fenêtre)	1 500,00	15
T 18090	en deux temps premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	12
T 18091	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	12
T 18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant)	1 000,00	10
T 18093	remplacement de la composante humérale complète seulement.	1 000,00	12

S

Arthroscopie

02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	250,00	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	6

Arthrotomie

02037	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire : gléno-humérale	350,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

Biopsie

02084	clavicule ou omoplate à l'aiguille.	150,00	4
02085	ouverte.	250,00	6

Examen et manipulation

02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire.	200,00	4
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

Excision

02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	350,00	6
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	350,00	6
02220	tête humérale.	450,00	6
02778	tumeur bénigne de la clavicule.	350,00	6
02779	tumeur bénigne de la clavicule avec ostéosynthèse.	450,00	6
18140	tumeur bénigne de l'omoplate	450,00	6
18127	tumeur bénigne de l'omoplate avec ostéosynthèse	700,00	8
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe	550,00	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	750,00	8

Exérèse

02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28)	150,00	5
-------	--	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	250,00	6
02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie.	550,00	6
02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie.	700,00	6

Fracture

02537	clavicule réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie.	450,00	6
02536	omoplate réduction ouverte col ou glène, une approche	700,00	7
18141	col ou glène, deux approches	850,00	8

Grefe

02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate	300,00	5
-------	---	--------	---

NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet *Musculo-squelettique* au même site.

		R = 1	R = 2
Exérèse			
02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28)	200,00	6
	AVIS : <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>		
02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal incluant, le cas échéant, la réparation de coiffe ou la bursectomie ou les deux	300,00	6
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	350,00	6
Fasciotomie			
02011	au bras	315,00	6
Fractures			
	col chirurgical sans luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02605	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
02568	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	7
02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	700,00	7
	col chirurgical avec luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02606	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	7
02598	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	6
02631	réduction ouverte	700,00	7
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	950,00	8
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
	trochin-trochiter		
02632	réduction ouverte, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant	550,00	7
	diaphyse		
02608	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
	réduction ouverte :		
02633	avec fixation par plaque et vis ou fixateur externe	700,00	7
18100	par enclouage à foyer ouvert ou fermé	600,00	7
18101	verrouillage proximal ou distal ou les deux, une vis ou plus, supplément	100,00	2
	sus ou transcondylienne ou trochlée		
02609	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
02640	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	6
02634	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie de l'olécrane	800,00	7

		R = 1	R = 2
02610	condyle, épicondyle ou épitrochlée		
	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	157,50	6
02912	réduction fermée et fixation percutanée	300,00	7
02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	400,00	7
02921	réduction ouverte du condyle	500,00	7
Grefe osseuse			
02363	humérus.	450,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
Incision et drainage			
02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	400,00	6
Ostéotomie			
02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement incluant, le cas échéant, ROFI et greffe	800,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
COUDE			
+	NOTE : Pour les codes d'acte de la section <i>Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement</i> , aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
Amputation			
02279	désarticulation au coude	630,00	4
Arthrodèse			
02927	du coude	800,00	6
Arthroplastie			
18143	d'interposition par fascia (allogreffe)	700,00	8
18144	dermaplastie d'interposition incluant le positionnement du fixateur externe et, le cas échéant, le prélèvement des greffes.	1 000,00	8
	NOTE : Les actes codés 18143 et 18144 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
02404	par prothèse totale	1 000,00	8

			R = 1	R = 2
D	Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc à l'humérus et/ou au cubitus, le cas échéant)			
T	18145	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie et le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7
S				
T	18146	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et cubitale et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou cubitale ou la fenêtre)	1 500,00	12
T	18147	en deux temps : premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	10
T	18148	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	10
S				
Arthrotomie				
	02039	du coude incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger (souris articulaire)	350,00	5
	02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	550,00	8
	02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 200,00	12
Arthroscopie				
	02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	250,00	5
	02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	300,00	5
		NOTE : Le service médical codé 02987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	550,00	8
Désinsertion				
	02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	200,00	5

		R = 1	R = 2
Examen et manipulation			
02834	Examen et manipulation (SAG)	200,00	4
	NOTE : Le service médical codé 02834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
Excision			
02222	tête radiale	350,00	6
02230	tête radiale avec remplacement	450,00	6
Exérèse			
02989	de prothèse totale	700,00	6
Luxation			
02662	réduction fermée (PG-28)	150,00	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
18035	ligament interne ou externe	450,00	5
18036	ligaments interne et externe	650,00	5
18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	200,00	
18151	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante excluant la réparation ligamentaire	319,60	5
	NOTE : Le service médical codé 18151 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	113,00	4
Reconstruction			
	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
18038	ligament interne ou externe	550,00	6
18039	ligaments interne et externe	750,00	6
18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	200,00	
Synovectomie			
02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28)	600,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

		R = 1	R = 2
02360	radius et cubitus.	437,20	8
	<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>		
02904	radius ou cubitus.	400,00	6
02905	radius et cubitus.	564,20	8
	<i>Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation</i>		
02906	radius ou cubitus.	450,00	6
02907	radius et cubitus.	650,00	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie.	1 300,00	12
	<i>Reconstruction</i>		
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	1 150,00	8
	MAIN ET POIGNET		
	<i>Amputation</i>		
02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28).	157,50	6
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28).	157,50	6
09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28).	262,50	6
02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28) . . .	268,50	6
02276	désarticulation du poignet (PG-28)	500,00	6
	<i>Allongement</i>		
02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 750,00 \$) (PG-28)	250,00	5
	<i>Arthrodèse</i>		
02928	pouce (PG-28)	367,50	6
02929	doigt (PG-28)	367,50	6
18153	partielle du poignet intercarpienne (PG-28)	600,00	6
02926	totale du poignet (PG-28)	800,00	6
	NOTE : Les services médicaux codés 02926 et 18153 ne peuvent être facturés avec un autre acte au carpe ou au poignet à la même séance.		
	<i>Arthrolyse</i>		
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28).	740,00	12

Arthroplastie

18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	450,00	7
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (PG-28)	547,70	7
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	420,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	1 000,00	8
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	577,50	7
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	396,80	7

Arthroplastie de remplacement

+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.			
T	18154	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7
S				
T	18155	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse radio-carpienne et, le cas échéant, l'ostéotomie radiale ou la fenêtre)	1 500,00	12
		en deux temps :		
T	18156	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	10
T	18157	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	10
S				

Arthroscopie

02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	200,00	5
02958	avec débridement, supplément	150,00	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	200,00	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par séance.		

Arthrotomie ou capsulotomie avec, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation

NOTE : Les actes codés 02038, 02040 et 02932 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site, à la même séance.

02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	189,00	5
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	189,00	6
02038	poignet (PG-28)	338,70	5

Biopsie

02934	à l'aiguille, main et poignet	57,00	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	117,35	6

Décompression

02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	157,50	4
-------	---	--------	---

NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs (C.S.)

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	236,25	5
-------	--	--------	---

Excision

02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	215,25	6
18158	excision de tous les os de la rangée proximale du carpe	571,55	8
02895	ménissectomie radio-cubitale	300,00	6
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	262,50	6
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28)	210,00	6
02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	315,00	6
02785	carpe (PG-28)	210,00	6
02786	carpe avec greffe (PG-28)	400,00	8
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (PG-28)	294,00	6
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	338,50	7
02789	carpe (PG-28)	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	536,90	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	588,00	15

Exérèse

	prothèse		
02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) .	169,25	6
02650	carpe (PG-28)	250,00	6
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	121,30	6

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

Fractures ou luxation

	carpe, métacarpe		
18045	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	6
18046	chacune additionnelle pour la même main.	30,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*

18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	60,00	
	réduction ouverte		
18048	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	262,50	6
18102	avec plaque et vis (PG-28)	420,00	6
	phalange		
18049	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	157,50	5
18050	chacune additionnelle pour la même main.	31,50	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*

18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	63,00	
	réduction ouverte		
18052	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	262,50	6
18103	avec plaque et vis (PG-28)	315,00	6
	scaphoïde, semi-lunaire		
18053	réduction ouverte (PG-28)	450,00	6

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS**HANCHE**

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance, incluant l'exérèse de matériel (clou (s), vis, clou-plaque)

Amputation

02296 désarticulation de la hanche 1 000,00 12

Arthrodèse

02936 primaire 1 000,00 12
02930 postrésection de tête fémorale 1 300,00 15

Arthroscopie

02419 arthroscopie, avec ou sans biopsie incluant, le cas échéant, résection de corps étranger, souris articulaire ou débridement de labrum (PG-28) 500,00 5

S

Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)

02410 prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) 700,00 10

S

02333 prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire) 1 000,00 12

S

D

02614 prothèse totale après arthrodèse 1 400,00 18

D

Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou à l'acétabulum, le cas échéant)

T 18159 lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire 700,00 10

S

T 09598 en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre) 1 500,00 15

T 02251

premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) 1 200,00 12

T 02254

deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) 1 200,00 12

		R = 1	R = 2	
T	02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	1 000,00	10
+	18177	changement de polyéthylène seulement (avec ou sans changement de tête)	600,00	10
T	02260	remplacement de composante fémorale complète seulement	1 000,00	12
S				
	Arthrotomie			
	02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéocondrite) avec ou sans fixation	550,00	5
+	18178	correction de conflit fémoroacétabulaire incluant résection et/ou réparation de labrum, ostéotomie et luxation de la hanche, toute voie d'approche	850,00	10
	Excision			
		Voir tumeur ou site anatomique		
	Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)			
	02320	prothèse simple	550,00	6
	02321	prothèse totale	700,00	8
	02794	clous ou vis	250,00	6
	02795	clou-plaque, plaque et vis	350,00	7
	Luxation			
		traumatique		
	02619	réduction fermée (PG-28)	155,00	
	02629	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	250,00	6
	02757	réduction ouverte	700,00	8
		congénitale ou paralytique		
		réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
	02747	unilatérale	400,00	6
	02748	bilatérale	450,00	6
D	02700	réduction ouverte (incluant spica)	850,00	8
	02500	avec ostéotomie du bassin	1 400,00	10
	02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 600,00	15
	Examen et manipulation			
	02849	sous anesthésie régionale ou générale	200,00	5
		NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance		

		R = 1	R = 2
<i>Synovectomie</i>			
02252	complète	600,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<i>Ténotomie</i>			
	adducteurs		
02074	fermée	150,00	4
02079	ouverte	200,00	5
02081	psoas	250,00	5
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	600,00	6
<i>Transposition et réinsertion tendineuse</i>			
02433	psoas-iliaque	900,00	8
CUISSE			
02434	allongement ou section du fascia lata	200,00	5
02295	amputation de la cuisse	463,05	7
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	850,00	8
02041	fasciotomie fémorale	350,00	5
FÉMUR			
<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>			
	Allongement		
02349	avec ou sans greffe	1 200,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02376	un niveau	1 300,00	15
02378	deux niveaux	1 411,20	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 150,00	12
02484	fasciectomie préalable à l'allongement	350,00	6
<i>Biopsie</i>			
02796	à l'aiguille	150,00	5
02797	ouverte	250,00	6
02719	forage et décompression de la tête fémorale	400,00	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	150,00	
	NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Épiphysiodèse</i>			
02950	fémur par greffe	600,00	6
02952	fémur et tibia par greffe	700,00	6
02953	fémur par crampons (agrafe)	550,00	6
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	600,00	6
02798	grand trochanter	350,00	6

Excision

02240	tête et col	600,00	6
02799	tumeur bénigne col et/ou tête	700,00	8
02801	tumeur bénigne col et/ou tête avec ostéosynthèse	850,00	8
02802	tumeur bénigne autre que col et/ou tête	350,00	8
02803	tumeur bénigne autre que col et/ou tête avec ostéosynthèse	850,00	11
02816	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02808	tumeur maligne	700,00	8
02811	tumeur maligne avec remplacement par prothèse ou avec ostéosynthèse	1 000,00	14
02561	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	300,00	4

NOTE : L'acte codé 02562 est facturable avec les actes codés 02808 et 02811.

Exérèse de matériel

02307	bande métallique (une ou plusieurs) ou vis	200,00	6
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage ou plaque et vis	350,00	5
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	50,00	3

Fracture

18105	col réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	350,00	6
	réduction ouverte		
02687	vis percutanée	550,00	10
02716	clou et plaque	700,00	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	850,00	10
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	700,00	10
02689	par prothèse cimentée, supplément	100,00	
	intertrochantérienne, per-trochantérienne et sous trochantérienne		
18106	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	350,00	6
02742	réduction ouverte	700,00	10

+	tête fémorale		
+	18179	avec ostéosynthèse (avec ou sans luxation) (Pipkin)	850,00 10

02690	diaphyse réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	350,00	6
-------	--	--------	---

AVIS : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.

18012	spica plâtre sous anesthésie pour fracture du fémur	200,00	5
-------	---	--------	---

		R = 1	R = 2
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	850,00	10
09589	enclouage centromédullaire avec clou long incluant le verrouillage proximal pour fracture de diaphyse ou sous-trochantérienne ou sus-condylienne	850,00	10
09590	verrouillage distal une vis ou plus, supplément.	100,00	2
18107	transcondylienne et/ou sus-condylienne réduction ouverte fixation interne ou externe ou les deux.	850,00	10
Grefe			
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage. NOTE : L'acte codé 02412 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.	450,00	8
Incision			
18108	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse ou forage ou fenestration de la corticale ou séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation.	400,00	6
Ostéotomie			
02091	col fémoral	1 000,00	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur.	850,00	8
NOTE : Les actes codés 02091 et 02092 ne peuvent pas être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.			
Raccourcissement de l'os			
02405	avec ou sans greffe NOTE : L'acte codé 02405 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.	1 000,00	10
Transfert ou transposition			
02625	grand trochanter seul. NOTE : L'acte codé 02625 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.	750,00	5
Plastie			
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo-nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	2 102,70	18

GENOU

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02294 désarticulation du genou 630,00 5

Arthrodèse

02937 simple 1 050,00 8
02966 postarthroplastie incluant l'exérèse du matériel et le mode de fixation ou toute forme de fixation et, le cas échéant, la greffe osseuse 1 300,00 12

Arthrolyse

18013 directe
par arthroscopie 400,00 5
18014 par voie ouverte 600,00 7
02013 correction progressive d'ankylose avec fixateur externe. 1 300,00 12

Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)

02492 prothèse totale unicompartmentale 900,00 12
02403 prothèse totale bicompartmentale 1 000,00 12

D Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou au tibia, le cas échéant)

18160 lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire 700,00 10

S
T 18161 en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre) 1 500,00 15
en deux temps :

T 18162 premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) 1 200,00 12

T 18163 deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) 1 200,00 12

+ 18180 remplacement de la composante tibiale seulement (incluant changement du polyéthylène) 1 000,00 12

+ 18181 remplacement de la composante fémorale seulement (incluant changement du polyéthylène) 1 000,00 12

		R = 1	R = 2
T 18015	changement de polyéthylène seulement	600,00	7
S			
T 02498	prothèse rotule seulement	600,00	6
T 02499	par allogreffe au fémur distal	1 200,00	10
T 02442	par allogreffe au tibia proximal	1 200,00	10
T 02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 300,00	15

Arthroscopie

02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28) . . .	250,00	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) : ménisectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	5
	NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		

Arthrotomie ou capsulotomie

02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménisectomie ou la section de l'aileron externe	350,00	6
-------	--	--------	---

Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse

02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	200,00	6
-------	--	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

09539	prothèse totale du genou incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	700,00	12
09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	400,00	6

Excision

02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite . .	400,00	6
18017	tumeur bénigne dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	500,00	6

Fracture rotule

09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	550,00	6
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	550,00	6

Grefe ostéochondrale

02122	mosaicplastie (greffe ou autogreffe ostéochondrale composée, unique ou multiple) toute voie d'approche	500,00	5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.		

Luxation

	genou		
02737	réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	250,00	6
	rotule		
02749	réduction fermée (PG-28)	115,50	6
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	450,00	6
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	550,00	7

Réparation et reconstruction ligamentaire

18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	500,00	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	200,00	3
	Reconstruction du ligament, toute technique		
18020	croisé antérieur	600,00	8
18021	croisé postérieur	850,00	10
18022	croisés antérieur et postérieur	1 250,00	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	350,00	3
18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	200,00	3
18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	200,00	3
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	500,00	6
18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	200,00	3
18028	chaque ménisectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	100,00	1
18029	chaque suture de ménisque avec fléchettes associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00	2

		R = 1	R = 2
<i>Fractures</i>			
02725	péroné seul réduction ouverte	350,00	6
02694	tibia (avec ou sans péroné) réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	150,00	6
02696	réduction ouverte diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	600,00	6
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	600,00	6
09592	verrouillage distal une vis ou plus, supplément	100,00	2
02721	épiphyse proximale 1 plateau	600,00	6
18111	2 plateaux	800,00	6
02743	pilon tibial	700,00	6
<i>Grefte osseuse</i>			
02874	pour pseudarthrose congénitale	1 000,00	8
02413	simple tibia et/ou péroné	450,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02414	par transposition du péroné	644,30	6
<i>Incision et drainage</i>			
18112	abcès d'ostéomyélite, forage ou saucérisation ou séquestrectomie avec ou sans greffe	400,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
02093	de la tubérosité tibiale antérieure incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	700,00	7
02068	tibiale incluant ROFI et greffe, le cas échéant	800,00	6
02030	du péroné	200,00	5
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	850,00	10

CHEVILLE

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02291 type Syme 600,00 5

Arthrodèse

02938 tibio-astragaliennne primaire 750,00 6
18066 révision tibio-astragaliennne 1 000,00 6

AVIS : La révision tibio-astragaliennne **18066** doit être réclamée à la suite de l'arthrodèse tibio-astragaliennne primaire **02938**. Inscrire la date ou l'année de l'arthrodèse tibio-astragaliennne primaire **02938**.

02944 tibio-talo-calcanéennne avec ou sans talonaviculairre et calcanéo-cuboidiennne 1 000,00 10

Arthrolyse

02054 correction progressivve d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) 1 300,00 12

Arthroplastie

02408 totale de la cheville (prothèse) 1 000,00 8

Arthroplastie de remplacement

T 18164 lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire. 700,00 7

S
T 18165 en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse tibiale et astragaliennne et, le cas échéant, l'ostéotomie tibiale ou la fenêtre) 1 500,00 12
en deux temps :

T 18166 premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . . 1 200,00 10

T 18167 deuxièmme temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) 1 200,00 10

T 18168 remplacement de la composante tibiale ou astragaliennne 1 000,00 9

S

**Programme national pour les victimes
de traumatismes par amputation ou nécessitant
une revascularisation microchirurgicale
d'urgence**

19052 Forfait par période de 24 heures 3 750,00

AVIS : Remplir la Demande de paiement - Médecin
(1200) en inscrivant :
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO
D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19052** dans la section Actes;
Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec
ce code d'acte.
Aucun autre service ne doit être facturé
sur cette demande de paiement.

18000 Pour le rôle 2 18

AVIS : Le numéro d'assurance maladie de
la personne assurée doit être inscrit dans
la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil
musculo-squelettique.

Assistance opératoire :

18001	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins . . .	650,00
18002	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total .	750,00
18003	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total .	900,00
18004	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 100,00
18005	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00
18006	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . . .	1 650,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14
du préambule général s'appliquent à partir
de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Pour l'application des modificateurs d'urgence,
l'heure de début de l'assistance opératoire doit
être comprise entre 19 heures et 7 heures
la semaine et en tout temps le week-end
et les jours fériés.

Remplir la Demande de paiement - Médecin
(1200) en inscrivant :

- le numéro de la personne assurée dans la
case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section
Actes;
- l'heure de début et de fin de l'assistance
opératoire dans la case DIAGNOSTIC
PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil
musculo-squelettique.

R = 1 R = 2

Microanastomose (grossissement 5X et plus)

02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28)	883,05	10
02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	1 408,45	15
02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	726,55	8

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.

+ Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes

18171	durée anesthésiologique de 2 à 3 heures au total	750,00	10
18172	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	1 000,00	10
09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 300,00	10
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 600,00	12
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 200,00	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 800,00	18
02192	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 400,00	18
18173	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 000,00	18

AVIS : Voir la règle 10 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique. Joindre le compte-rendu opératoire.

		R = 1	R = 2
	<i>Réparation</i>		
	03301 Cautérisation de cornet, unilatérale (PG-28)	27,70	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé en même temps que l'amenuisement d'un ou de plusieurs cornets.		
	03320 Septodermoplastie (PG-28)	266,15	5
	03321 Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28) . .	276,75	6
T	03343 Cure de sténose de valves nasales	87,00	5
S			
	03318 Cure de perforation de la cloison sans greffon	281,35	5
	03319 avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site, toutes techniques (PG-28)	562,60	8
	03367 Mise en place d'un bouton de silastic	84,85	6
	Septorhinoplastie :		
	partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant, mais excluant les ostéotomies		
	03308 par voie endonasale (PG-28)	359,80	6
	03309 par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	415,15	6
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
	03225 par voie endonasale (PG-28)	442,85	6
	03226 par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (PG-28)	553,55	8
	03325 Collumelloplastie seule (PG-28)	221,40	6
	03326 Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou postchirurgicale (PG-28) . . .	442,85	6
	03327 Greffe composée	372,55	6
S	03328 Rhinophyma : rasage (PG-28)	210,00	7
	Chirurgie correctrice de rhinite atrophique :		
	03330 par prothèse synthétique (unilatérale)	145,00	6
	03331 par greffe autogène	200,00	6
	Atrésie d'une choane :		
	03340 approche nasale antérieure	339,45	12
	03342 approche par voie transpalatine	509,20	12
	03335 Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (PG-28)	56,20	5

Manipulation

	Épistaxis :		
03804	cautérisation de la cloison, unilatérale.	16,60	4
03806	électrocautérisation, unilatérale	38,75	4
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	298,90	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	339,45	8

Corps étranger

	Extraction de corps étranger du nez :		
03002	par rhinotomie.	159,70	5
03194	par rhinoscopie (PG-28).	44,30	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	66,40	4

Excision

	Exérèse de tumeur :			
	par voie intranasale	112,50	6	
	par voie transpalatine	339,45	6	
S	03167	par voie nasopharyngée	226,30	6
	03071	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur nasale	237,10	5
T	03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane.	250,00	5
#	03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome	509,20	8

Réparation

	Réparation de fistule oro-nasale	67,75	4	
	si lambeau(x) sous anesthésie générale, supplément .	152,90		
	03338	Correction de difformités post-sinusectomie radicale . . .	157,50	5
	03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx . . .	65,30	4

LARYNX*Incision*

S	03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	402,80	6
---	-------	--	--------	---

Introduction

		Laryngoscopie incluant la biopsie :		
		avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale		
	03039	directe (PG-23)	136,05	6
	03040	à suspension (PG-23)	166,35	6
	03041	au microscope (PG-23)	174,35	6
		avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :		
	03042	directe (PG-23)	166,35	6
	03043	à suspension (PG-23)	198,45	6
	03044	au microscope (PG-23)	208,05	6
D	03045	avec injection de substance pour combler ou médialiser une corde vocale (PG-23)	282,90	6
	03046	microchirurgie sous-glottique	396,05	6

Excision

		Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant		
	03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	607,25	8
	03115	sus-glottique	830,30	10
	03220	totale	905,25	13
	03221	totale et thyroïdectomie totale	1 131,55	15
	03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 018,40	15
		Aryténoïdopexie ou aryténoïdectomie ou cordectomie :		
	03241	par voie endolaryngée	339,45	5
	03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	396,05	5
	03242	par voie externe	380,80	6
	03243	reconstructive (laryngectomie)	400,00	8
	03244	Médialisation de cordes vocales par implant laryngé ajustable incluant l'ajustement per-opératoire et toute endoscopie	639,25	6
	03074	Ajustement de l'implant par voie externe effectué lors d'une autre séance	262,50	5
	03223	Épiglotectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	550,40	6
		Pharyngo-laryngectomie :		
	03227	totale	1 018,40	12
	03228	totale et thyroïdectomie totale	1 217,80	18
	03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 131,55	18

Réparation

	03075	Supraglottoplastie (PG-23)	332,10	8
T	03349	Laryngoplastie	350,00	8
T	03363	Cure de laryngocèle	431,00	8
	03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	230,45	5
S	03334	Réinervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	672,00	8

TRACHÉE

Incision

	03019	Trachéotomie (PG-28)	276,75	7
	03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	110,70	
	03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	160,55	7

Excision

		Résection trachéale avec reconstruction		
	03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	923,25	10
	03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 235,90	12
	03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 615,55	12
	03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 080,00	15

Réparation

		Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
	03315	par excision de tissu cicatriciel	120,70	6
	03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	188,20	6
	03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	225,45	6
		Fermeture de fistule :		
	03351	trachéale post-traumatique	332,10	6
	03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	819,00	12
	03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	311,20	6
	03009	Remplacement d'implant phonatoire	50,00	6
		Trachéoplastie :		
	03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	608,90	8
	03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie Trachéorrhaphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique) :	959,70	12
	03353	cervicale	577,50	10
	03355	thoracique	720,65	12

		R = 1	R = 2
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif.	1 131,55	15
03010	Aortopexie pour trachéomalacie sévère, incluant la thymectomie et la bronchoscopie per-opératoire, sauf si effectuée par un médecin d'une autre discipline, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	900,00	15

BRONCHES

Réparation

03357	Bronchoplastie : correction de sténose et anastomose.	940,80	12
03372	Fistule broncho-pleurale fermeture simple par thoracotomie.	689,55	12
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie.	960,90	12
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur.	819,75	12

AVIS : *Inscrire la raison de la bronchotomie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

MÉDIASTIN

Incision

03035	Médiastinotomie pour exploration ou drainage : voie cervicale	321,70	6
03036	voie thoracique	357,50	8
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	375,30	12

Excision

03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin. . .	717,40	10
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome.	1 019,03	12
03240	Thymectomie	746,55	10

Réparation

03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	758,65	10
-------	--	--------	----

POUMONS ET PLÈVRE

Incision

03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire.	222,00	8
	Thoracotomie.		
03026	pour contrôle d'hémorragie	346,50	12
03028	exploratrice avec exérèse de corps étranger	472,50	12
03120	exploratrice avec biopsie	330,75	12
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	574,50	12
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	1 021,35	12
03017	pleurectomie partielle, supplément	35,75	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardiorespiratoire	142,90	10
03031	Décortication totale du poumon incluant, le cas échéant, le drainage d'empyème, non complémentaire à un autre acte chirurgical associée à la même séance opératoire	816,40	12
03076	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique sans autre intervention au même site.	450,00	12
03077	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique lors d'une autre intervention ou si effectué par un autre médecin, supplément	300,00	
03011	Thoracoscopie diagnostique avec ou sans biopsie	250,00	8
03013	Thoracoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	120,00	
	NOTE : L'acte codé 03013 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une thoracoscopie suivie d'une thoracotomie.		

Excision

03122	Résection cunéiforme (Wedge)	360,35	12
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément.	51,10	
03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire.	783,95	12
T 03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire.	1 500,00	12
03162	pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément	237,77	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément	133,35	
03127	lobectomie moyenne (côté droit), supplément	133,35	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément.	199,50	
03129	avec bronchoplastie, supplément	143,80	
03078	avec angioplastie, supplément	110,25	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément.	122,95	
03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tout type, supplément	215,13	

		R = 1	R = 2
	03132 Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	1 260,00	15
+	03139 Réintervention pour lobectomie plus de 30 jours après une autre chirurgie thoracique ipsilatérale, supplément.	214,00	
	Pneumonectomie simple		
	03133 avec ou sans évidement ganglionnaire	1 480,09	12
	03135 avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	71,33	
	03136 avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	225,89	
	03137 avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	310,05	
	03134 Péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	74,00	
	03138 Pneumonectomie extrapleurale.	2 025,80	12
+	03079 Réintervention pour pneumonectomie plus de 30 jours après une autre chirurgie thoracique ipsilatérale, supplément	111,00	
	03141 Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse.	712,30	12
S	03232 Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	392,33	12
S			
	Collapsothérapie		
	Thoracoplastie, incluant apicolyse :		
	premier stade		
	03374 minimum de trois côtes	240,04	6
	chaque côte additionnelle	66,80	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de côtes dans la case UNITÉS.		
	03311 deuxième stade.	135,50	6
	03312 troisième stade	127,00	5
	Pneumolyse :		
	03313 intrapleurale.	142,66	4
	03314 extrapleurale	214,00	4
	03317 Phrénicectomie ou phrénemphraxie	60,00	4

INDEX

Page

SYSTÈME CARDIAQUE	J-2
Actes généraux	J-3
Transplantation	J-4
Coeur et péricarde	J-5
Chirurgie coronarienne	J-8
Chirurgie de l'arythmie	J-9
Appareil vasculaire	J-10
thoracique	J-10
non thoracique (toute voie d'approche, toute technique)	J-11
Veines, varices et ulcères variqueux	J-16

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.
 Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement. En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

D NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention des sections suivantes : *Transplantation, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Chirurgie de l'arythmie* et *Appareil vasculaire thoracique* pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

NOTE : À moins qu'il y ait d'autre mention, s'il y a une chirurgie de plus d'une valve, s'il y a une chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien, s'il y a une chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, les actes associés sont payés à 90 %.

AVIS : Veuillez inscrire le MOD=045 pour demander 90 % du tarif de l'acte associé. Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.

D NOTE : S'il y a une échographie épi-aortique ou épicaordique, s'il y a une angiographie coronarienne, s'il y a une échographie Doppler coronarienne effectuée à la même séance qu'une chirurgie cardiaque, un supplément de 100 \$ est applicable à chacun de ces examens.
 Maximum de 4 suppléments par séance.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'acte 04017.
 - Inscrire le rôle 1;
 - les honoraires de 100 \$.

NOTE : Pour toute chirurgie valvulaire effectuée par technique endoscopique, endovasculaire ou robotique, un supplément de 500 \$ est applicable.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'acte 04018.
 - Inscrire le rôle 1;
 - les honoraires de 500 \$;
 - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la technique utilisée (endoscopique, endovasculaire ou robotique).

ACTES GÉNÉRAUX

04505	Refermeture complexe avec ou sans système spécialisé, ou révision de plaie sternale incluant, le cas échéant, le débridement de plaie sternale sous anesthésie générale, la résection osseuse et/ou cartilagineuse, l'exérèse de vis, plaque(s), clou(s), broche(s), le changement de pansement sous anesthésie générale ou l'installation d'un appareil à pression négative (type VAC) (PG-23)	500,00	9
	NOTE : L'acte codé 04505 ne peut être facturé avec l'acte codé 02540. par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit		
04525	un lambeau (PG-23)	700,00	12
04531	deux lambeaux (PG-23)	1 100,00	12

Circulation assistée

	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
04508	installation par canulation périphérique (PG-23)	508,90	18
04517	installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (PG-23)	1 017,80	18
04041	si hémofiltration, supplément	100,00	
04509	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	200,80	
04510	exérèse (PG-23)	471,00	10
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
04511	installation	4 479,00	18
04512	surveillance, par jour, par patient	200,80	
04513	exérèse	942,10	18
04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (PG-23)	344,40	
04019	si canulation artérielle, axillaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04020	si canulation veineuse jugulaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé, de type « Cell Saver » A8-1 (PG-23)	77,15	
	NOTE : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).		

Hypothermie

04560	Emploi d'hypothermie profonde (<25°C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (PG-23)	254,40	
04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	127,20	

Divers

04565	Lors d'une chirurgie cardiaque, l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 315,40 \$		
D 04566	Reprise d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire intra-thoracique, supplément (PG-23) Maximum 1 supplément par 24 heures	336,40	
+	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé le même jour que la chirurgie initiale.		

TRANSPLANTATION

04035	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
04574	Forfait de prélèvement coeur ou coeur-poumons ou poumons (PG-23).	683,40	12

AVIS : *Cet acte est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.*

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

04523	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche un (PG-23)	470,40	
04524	deux (PG-23)	537,60	

AVIS : *Les codes d'acte 04523 et 04524 sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.*

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

		R = 1	R = 2
04573	Opération de Fontan (PG-23) « C »	3 600,00	18
	Ventricules :		
	Réparation d'une communication interventriculaire :		
04576	unique ou postinfarctus (PG-23)	1 845,80	18
04577	multiple (PG-23)	2 017,60	18
04578	agrandissement ou création de communication inter-ventriculaire (PG-23)	1 076,60	18
04579	Tunnel interne du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 4 500 \$ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire et thoracique pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	<u>AVIS</u> : Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code d'acte 04579 . La valeur monétaire sera ajustée par la Régie en tenant compte des règles 14 et 23 du préambule général.		
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (PG-23)	1 076,60	18
04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (PG-23)	1 345,80	18
04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (PG-23)	2 817,00	18
+	dans les cas de tétralogie ou pentalogie de Fallot complexe :		
+ 04005	si correction de CIA de type ostium primum et valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages, supplément (PG 23)	1 211,20	
+ 04006	si valvuloplastie et annuloplastie de la valvule tricuspide, supplément (PG 23)	631,15	
+ 04007	si correction de sténose des artères pulmonaires au delà du tronc, par patch ou par greffon, supplément (PG 23)	500,00	
04585	réparation d'anévrisme ventriculaire (PG-23)	672,90	18
04586	cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	736,00	18
04587	réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (PG-23)	1 272,20	18
	Cardiographie :		
04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (PG-23)	672,90	12
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		6

R = 1 R = 2

04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch Arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (PG-23)	4 036,30	18
04534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 261,70	
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) « C » (PG-23)	4 036,40	18

CHIRURGIE CORONARIENNE

04037	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
-------	---	--------	--

Réparation

Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne

T 04601	unique (toute technique) (PG-23)	868,90	18
T 04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 069,35	18
T 04603	trois (toute technique)	1 270,95	18
T 04604	quatre (toute technique)	1 339,80	18
T 04605	cinq (toute technique)	1 403,55	18
T 04606	six et plus (toute technique)	1 536,15	18

Prélèvement de greffons autologues artériels ou veineux

04607	un greffon, supplément (PG-23)	100,90	
04611	deux greffons, supplément (PG-23)	134,60	
04612	trois greffons ou plus, supplément	168,20	

AVIS : *Inscrire le nombre de greffons effectués dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires.*

04022	si effectué par technique endoscopique ou robotique, par greffon, supplément (PG-23)	100,00	
-------	--	--------	--

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de greffons dans la case UNITÉS; - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la technique utilisée (endoscopique ou robotique).*

04608	Chirurgie coronarienne ou valvulaire à cœur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément	344,40	
NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.			

04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 908,30	18
-------	--	----------	----

		R = 1	R = 2
D	04645 Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23)	1 272,20	18
	Réparation d'un anévrisme de la crosse aortique (toute technique) (PG-23)		
	04647 temps chirurgical	2 017,60	18
	04026 temps radiologique	987,50	18
	04027 temps chirurgical et radiologique	2 017,60	18
	NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.		
D	04648 Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales (toute technique)	1 694,60	18
D	04650 Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 780,00	18
	04651 avec réimplantation d'une artère viscérale (toute technique), supplément	403,70	
	04652 avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	726,00	

Autres chirurgies

04655	Thrombo-endarterectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	2 161,70	18
04649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 051,40	18
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	818,05	15

NON THORACIQUE (TOUTE VOIE D'APPROCHE, TOUTE TECHNIQUE)**AVIS :** Voir la règle 8.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	99,25	2
04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	210,00	6
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	450,00	10
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	100,00	
04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	380,00	8
04667	Réparation d'anévrisme d'une artère périphérique	504,00	8
	NOTE : Aucun des deux suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.		
04668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	150,00	4
04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	450,00	4

		R = 1	R = 2
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	691,90	8
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		
04677	aorte	666,80	15
04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	958,15	15
04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 062,60	15
04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	517,00	12
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
04683	aorte, supplément	300,00	
04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément.	435,55	
04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément.	483,00	
04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément.	246,80	
04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement)	315,00	
04028	prothèse aortique, supplément	315,00	
04029	prothèse d'un vaisseau périphérique, supplément.	350,00	

AVIS : *Le protocole opératoire et le rapport de pathologie sont obligatoires pour l'appréciation de ce service.*

04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	350,00	
	NOTE : Ce supplément ne peut être utilisé avec les actes codés 04677, 04678, 04679, 04680 et 04688.		

Perfusion régionale pour chimiothérapie

04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir.	280,00	8
04040	Perfusion régionale hyperthermique du membre supérieur ou du membre inférieur, incluant la technique, la prise en charge du patient ainsi que la surveillance	600,00	10
01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	10

Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale

04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque.	840,00	15
04693	Aorto-aortique.	1 200,00	15
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral.	1 000,00	15
04695	bilatéral	1 400,00	15
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral.	1 150,00	15
04697	bilatéral	1 500,00	15
04698	ilio-fémoral	940,80	12
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 300,00	15

		R = 1	R = 2
04030	Temps radiologique dans les cas de pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier, toute technique.....	1 092,50	15
	NOTE : Aucun autre acte d'angiologie ne peut être facturé à la même séance.		
04701	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	300,30	
04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément.....	600,60	
04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément.....	900,90	
04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément.....	110,25	
<i>Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique</i>			
04707	Fémoro-poplitée	504,00	12
04708	Fémorale commune	504,00	12
04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	504,00	12
04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	750,00	12
<i>Pontage d'une artère périphérique</i>			
	Fémoro-poplité :		
04713	prothèse synthétique	700,00	12
04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	1 000,00	12
	Fémoro-tibial ou péronier :		
04715	prothèse synthétique	700,00	12
04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	1 100,00	12
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	950,00	12
04031	Pontage fémoro-fémoral ou ilio-fémoral associé, supplément	300,00	
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	1 350,00	12
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	200,00	
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	705,60	12

Autres pontages

	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt, incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
04725	pontage par prothèse synthétique	740,90	12
04726	pontage par prothèse veineuse (toute technique) . . .	711,00	12
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	823,20	12

S

	Pontage :		
04732	axillo-fémoral	784,00	12
04733	fémoro-fémoral	705,60	12
04734	sous-clavier - sous-clavier	711,00	12
04735	axillo-bi-fémoral	1 000,00	15
04736	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique : Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sténose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplément	105,00	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément.	36,80	

Divers

04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	315,00	12
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	52,50	
	Anastomose :		
04743	porto-cave	680,00	15
04744	spléno-rénale	756,00	18
04745	mésentérico-cave	1 008,00	18
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	131,25	

Hémodialyse

04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	400,00	10
04032	Création d'une nouvelle fistule artério-veineuse au même site qu'une ancienne fistule, avec ou sans greffe	350,00	10
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	210,00	10

Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse

04752	Thrombectomie par voie ouverte	181,95	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	315,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	242,55	8
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	115,50	7
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	121,30	

Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie

04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse (PG-28 pour chirurgien général seulement)	105,00	7
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus (PG-28 pour chirurgien général seulement)	160,85	7

S

D

NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux deux actes ci-dessus.

Réparation

	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du cou par :		
04762	suture simple	740,90	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	823,20	12
04764	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	619,50	15
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
04033	suture simple	740,90	10
04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	864,35	12
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
04768	suture simple (PG-28)	250,00	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	660,00	8
04770	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	604,80	10
D -----	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(voir système musculo-squelettique)	
D -----	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(voir système musculo-squelettique)	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,00	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	450,40	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	213,15	5

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	96,50	6
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	106,00	6
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	257,35	6
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	321,70	6
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	70,70	5
04787	deux incisions	87,15	5
04788	trois incisions ou plus	94,40	5
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.		
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
04790	une incision	15,05	
04791	deux incisions	30,00	
04792	trois incisions ou plus	46,30	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.		
04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompetentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	321,70	6
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	240,00	5
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récursive de varices	126,00	6
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	107,25	5
04799	sous-aponévrotique	210,00	5

		R = 1	R = 2
Évidement des ganglions lymphatiques :			
04243	région inguinale superficielle ou iliaque seule	584,10	6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde . .	765,95	10
04240	région axillaire de niveau 1, 2 ou 3	614,85	6
NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance			
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	295,15	6
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	106,20	
T 04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule) .	1 183,00	12
T 04249	post-chimiothérapie, supplément	200,00	
-----	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	(Voir peau-phanères)	
T 04245	profond	475,00	6
S			
T 04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	500,00	10
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	344,00	8

LÈVRES*Excision*

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28)	262,50	6
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	35,00	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	276,75	5

Réparation

	Fissure labiale :		
05320	unilatérale	838,35	8
05321	bilatérale en un temps.	1 028,40	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun	338,50	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément.	279,45	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément	279,45	
	Chirurgie itérative pour fissure labiale		
05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale	1 072,00	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale	328,15	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps.	598,80	8
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (cheiloplastie).	553,55	8

BOUCHE*Incision*

05001	Drainage d'un abcès sublingual	112,50	5
05002	Drainage d'angine de Ludwig sous anesthésie générale	282,90	5

Excision

05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (PG-28)	54,30	5
05161	Excision de grenouillette	345,95	5
	Excision de lésion maligne :		
05034	2 cm ou moins.	276,75	5
05035	plus de 2 cm	353,60	5
	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes de l'addendum de chirurgie.		
05158	Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	848,70	12
05159	désarticulation du condyle, supplément	52,50	

DENTS ET GENCIVES*Incision*

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage	38,75	6
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	32,85	5
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	34,40	6

Excision

05168	Kyste dentaire	282,90	6
	Alvéolectomie :		
05208	premier centimètre	55,25	5
	chaque centimètre additionnel	24,60	
	maximum	399,35	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.*

S

	Extraction dentaire :		
05203	une dent	14,35	6
	chaque dent additionnelle au cours de la même séance opératoire.	7,20	

AVIS : *L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est assurée uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 10 ans. Toutefois, ces services demeurent assurés sans égard à l'âge lorsqu'ils sont rendus à des prestataires d'une aide financière de dernier recours qui présentent un carnet de réclamation valide.*

Les services d'anesthésie-réanimation et de radiographie reliés à un service dentaire non assuré ne sont pas assurés, à l'exception des services d'anesthésie-réanimation reliés à un service dentaire rendu dans un centre hospitalier (réf. : Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, article 22r et s).

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	29,50	6
-------	--	-------	---

LANGUE

AVIS : La réparation de lacérations de la langue est payable sous le code d'acte **01316, 01317, 01323** ou **01325**.

Incision

	05501	Libération du frein de la langue	30,00	4
T	05007	Abcès de la langue (traitement complet)	63,00	4

S

Excision

		Excision de lésion bénigne de la langue		
	05066	2 cm ou moins	54,30	4
	05068	plus de 2 cm	207,60	5
	05065	Excision de kyste de la base de la langue chez un enfant de moins de 3 ans	408,00	6
		Excision de lésion maligne de la langue		
	05069	2 cm ou moins	276,75	5
	05070	plus de 2 cm ou glossectomie subtotale	415,15	6
	05514	Technique micrographique par couche, supplément . . .	100,00	1
		NOTE : Maximum 3 couches		

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de couches dans la case UNITÉS.

PALAIS ET LUETTE*Incision*

05008	Abcès du palais	55,50	4
05009	Fénelstration du palais pour radiothérapie	25,80	4

Excision

05120	Uvulectomie (excision de la luette)	55,50	5
05124	Réséction du palais ou excision d'une lésion étendue du palais	415,15	6

Réparation

05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	916,60	12
05330	Lambeau pharyngé pour cure d'incompétence vélopharyngée	315,00	6

NOTE : Ne s'applique pas à la cure d'apnée nocturne ou de ronflement.

Traitement complet d'apnée du sommeil, toutes techniques chirurgicales
UPPP ou LAUP

05131	première séance	325,50	7
05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	53,30	
05135	Suspension hyoïdienne - Technique de Riley	326,40	6

NOTE : Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index d'apnée égal ou supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie.

AVIS : *Pour les codes d'acte 05131 et 05135, conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport polysomnographique pour fins de références ultérieures.*

05335	Fistule palatine	344,00	8
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une déficteuosité du palais antérieur	726,55	9

NOTE : La règle 7 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique ne s'applique pas à ce service médical.

		R = 1	R = 2
05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	461,15	3
05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	221,30	
05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément.	362,75	
05550	dissection radicale type D2 et/ou type D3 pour néoplasie gastrique, supplément.	472,70	3
	NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique propre et commune, du tronc coeliaque, de l'artère splénique ainsi que des ganglions autour du tronc veineux gastro-colique et péricardaux.		
Réparation			
05363	Pyloroplastie (PG-23)	707,05	7
05364	Pyloroplastie et vagotomie.	810,30	7
	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie :		
05365	sans vagotomie	762,40	7
05366	avec vagotomie	810,30	7
	Chirurgie pour obésité morbide		
05305	Gastroplastie prothétique ajustable incluant, le cas échéant, la réparation d'une hernie hiatale par fermeture de l'hiatus oesophagien avec plicature des piliers diaphragmatiques et la mise en place d'un réservoir sous-cutané ainsi que son calibrage ultérieur	810,30	12
T 05355	Gastroplastie de réduction	1 250,00	12
05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes anastomoses digestives	1 620,65	12
05528	chirurgien collaborateur	720,00	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
05307	avec cholécystectomie, supplément	357,95	
05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes anastomoses digestives.	1 782,70	12
05529	chirurgien collaborateur	792,00	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
05309	avec cholécystectomie, supplément	357,95	
T 05527	Révision ou exérèse de la prothèse ajustable et/ou du cathéter et de son réservoir, sous anesthésie générale.	600,00	12
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	1 012,95	8
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	553,35	6
05376	Gastrorrhaphie ou duodénorrhaphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiplooplastie.	737,80	10

INTESTIN (à l'exception du rectum)*Incision*

05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	159,85	
05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	651,70	6
05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	325,90	
05029	Colostomie (PG-23)	651,70	6
05038	au cours d'une autre intervention, supplément	325,90	
05030	Caecostomie	651,70	6
05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	762,40	8
05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	381,20	
	Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur		
05093	unique (PG-23)	676,35	7
05094	multiple (PG-23)	799,30	9
	Stricturoplastie pour maladie inflammatoire		
05097	unique	810,30	9
05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	243,10	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de stricturoplasties dans la case UNITÉS.

Excision

05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	713,20	7
05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	356,60	
	Résection intestinale, sans anastomose :		
05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie, incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 209,95	10
05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse (PG-23)	1 328,05	10
05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 770,75	12
	Procto-colectomie totale et iléostomie :		
05233	un chirurgien	2 213,40	12
	deux chirurgiens :		
05234	chirurgien abdominal	2 106,80	12
05235	chirurgien périnéal	885,40	
	Résection intestinale avec anastomose :		
05140	grêle (PG-23)	1 209,95	10
05152	grêle non contigu au cours d'une autre intervention, supplément	605,00	
05141	iléo-caecale (PG-23)	1 209,95	10
05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique) (PG-23)	1 209,95	10

		R = 1	R = 2
05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	2 147,45	18
05545	chirurgien collaborateur	954,00	
05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique et toutes les anastomoses (PG-23).	1 904,25	18
05546	chirurgien collaborateur	846,00	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

PANCRÉAS

Incision

05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	809,10	10
05005	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite premier quart d'heure chaque quart d'heure additionnel.	86,10 39,55	8

AVIS : Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

Excision

	Pancréatectomie		
05155	subtotale, simple, excluant la tête	1 475,60	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple).	2 459,35	18
05298	chirurgien collaborateur (1*)	1 620,65	
05218	cholécystectomie, supplément.	324,70	
05219	vagotomie, supplément.	141,80	
05157	excision locale de lésion	922,25	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans	1 168,20	12
05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs.	2 363,45	15
05268	pancréatographie per-opératoire, supplément	61,50	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément.	110,70	

Réparation

05445	Pancréatico-gastrostomie	1 141,25	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	1 017,40	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie.	1 141,25	10
05448	Marsupialisation, pseudokyste du pancréas, drainage externe	715,80	9

AVIS : (1*) Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

		R = 1	R = 2
05424	Intervention chez le donneur prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	774,65	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'ilots	245,90	10
05416	Intervention chez le receveur transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	3 074,20	18
05299	chirurgien collaborateur (1*)	1 260,00	

ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

Incision

05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	220,50	6
05011	Laparoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	126,00	2

NOTE : L'acte codé 05011 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.

AVIS : *Inscrire la mention « laparoscopie suivie d'une laparotomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, s'il y a lieu.*

05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	590,25	7	
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	639,45	7	
05061	Chirurgie ex utéro intrapartum	1 794,75	18	
05507	temps chirurgical	1 204,00	18	
	temps obstétrical			
05062	Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale incluant, le cas échéant, 1 ou 2 sites de péritonectomie seule sans autre intervention chirurgicale	1 106,70	8	
05063	lors d'une autre intervention, supplément	553,35		
S	05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	210,00	5
T	05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie transabdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale	184,45	4
		Sutures infectées		
	05195	sous anesthésie locale	135,20	
	05196	sous anesthésie générale ou régionale	221,30	6
	05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23)	614,85	8

NOTE : L'acte codé 05080 ne peut être facturé avec les actes codés 05036 et 05201 à la même séance.

AVIS : *(1*) Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

		R = 1	R = 2
05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale	215,20	6
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale	215,20	5
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	505,70	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire . .	222,70	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	309,85	6
Excision			
05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine . .	860,75	11
05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche	651,70	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	159,85	
05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	184,45	4
05267	Omentectomie totale ou subtotal (au moins les deux tiers)	455,00	6

Règle d'application :

L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

Réparation

05455	Herniorraphie inguinale ou fémorale : simple, unilatérale, avec ou sans cure d'hydrocèle ou d'hématocèle, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28) (1*)	368,90	5
	NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors d'une même séance.		
05457	bilatérale, toute voie d'approche, en un temps (PG-23) (1*)	553,35	7
05054	Cure de hernie récidivante (inguinale, fémorale ou crurale) (PG-28)	516,50	6
05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie, toute voie d'approche (PG-28) (1*)	399,65	6
05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure (PG-28)	405,80	6
05462	Herniorraphie ombilicale, toute voie d'approche (PG-28) (1*)	324,70	6
	NOTE : Le service médical codé 05462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		

AVIS : (1*) Voir la note sous le code d'acte 05011.

		R = 1	R = 2
05471	Cure de hernie épigastrique, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28) (1*)	324,70	6
	NOTE : Le service médical codé 05471 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétro-péritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
05488	Cure de hernie de Spiegel, toute voie d'approche (1*) ..	430,40	6
05469	Cure de hernie incisionnelle ou parastomale	614,85	6
05554	si technique de séparation des composantes, supplément	200,00	2
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé pour les hernies inguinales, fémorales ou crurales récidivantes.		
05475	Réparation d'événtration postopératoire (PG-23).....	542,35	6
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément	172,20	
+	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 05054, 05469, 05475 ou 05549.		
05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	307,40	6
	Cure de hernie étranglée ou incarcerated :		
05459	sans résection intestinale (PG-23)	516,50	6
05460	avec résection intestinale (PG-23)	1 209,95	8
05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23)	1 226,90	18
05473	Réparation avec sac en silo (omphalocèle ou gastroschisis)	897,40	18
	Cure de hernie diaphragmatique congénitale :		
05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale (PG-23)	1 226,75	18
05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale (PG-23) ..	1 389,50	18
Divers			
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	680,65	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23)	1 770,75	12
05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	637,15	10

AVIS : (1*) Voir la note sous le code d'acte 05011.

ANNEXE**Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie****Région 03 : Québec**

Centre hospitalier universitaire de Québec :
- Pavillon Saint-François d'Assise

Région 05 : Estrie

Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke :
- Hôpital Fleurimont

Région 06 : Montréal-Centre

Centre hospitalier de l'université de Montréal :
- Campus Saint-Luc

D Centre universitaire de santé Mc Gill :
- CUSM - Site Glen (adulte)

INDEX

Page

APPAREIL URINAIRE	M-2
Rein	M-2
Rétropéritoine	M-4
Uretere	M-4
Vessie	M-7
Urètre	M-9

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06087 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale :

- patient de moins 2 ans;
- patient de 75 ans ou plus;
- IMC >= 35;
- paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadraplégie. 110,00

NOTE : L'acte codé 06087 ne peut être facturé avec l'acte codé 06000

AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06088 Un supplément est payable si effectué par laparoscopie. . . 120,00 2

T 06000 Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.) 360,00 6

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Rein* peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision ou extraction

T 06003 Ouverture et drainage d'abcès périrénal 263,00 5

06039 Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente) 200,00 4

06012 Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie, avec ou sans exérèse de calculs. 662,55 10

T 06008 Extraction de calcul caliciel incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'uréteroscopie antégrade et les tubes de drainage 526,00 8

06089 si faite par voie percutanée, supplément. 150,00

06011 Néphrostomie par voie ouverte. 490,00 5

		R = 1	R = 2
T 06005	Extraction de calcul coralliforme incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	736,00	10
06090	si faite par voie cutanée, supplément	150,00	
T 06006	Extraction de calcul pyélique incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	6
06091	si faite par voie percutanée, supplément	150,00	
T 06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	329,00	5
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale, par trajet de néphrostomie existant, voir le service médical code d'acte 00373.		
T 06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	345,50	6
	<i>Excision</i>		
T 06100	Biopsie du rein par voie ouverte	345,50	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans une même séance.		
	Néphrectomie :		
T 06101	partielle	1 000,00	8
T 06200	totale incluant l'urétérectomie subtotal ou radicale avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale.	841,00	10
T 06084	radicale avec ou sans surrénalectomie effectuée(s) dans le cadre d'une volumineuse tumeur avec thrombus s'étendant dans la veine cave inférieure jusqu'au niveau de l'oreillette droite et nécessitant le recours à une circulation extracorporelle.	1 800,00	18
	NOTE : Les actes codés 06084 et 06200 ne peuvent être associés aux services médicaux codés 04241 et 04248.		
T 06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	1 000,00	12
T 06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassin par résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassin, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage.	526,00	6
T 06204	Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	329,00	5
	Transplantation rénale :		
06221	excluant la thérapie immuno-suppressive 1 chirurgien	1 229,90	12
	équipe de 2 chirurgiens :		

		R = 1	R = 2
	06222 temps vasculaire	441,00	12
T	06223 temps urologique	197,00	
	06092 Double greffe rénale Transplantation de deux reins durant la même séance opératoire	1790,00	18
	06213 Néphrectomie : chez le donneur vivant	654,15	10
	chez le donneur à coeur arrêté avec prélèvement	536,20	10
D	06081 néphrectomie non complétée	250,00	10
	06214 chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	428,95	10

AVIS : Les actes **06080, 06081, 06213 et 06214** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

Réparation

	06320 Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	504,00	8
T	06322 Néphropexie	240,00	6
	06804 Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	61,50	
T	06327 Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8

Suture

	06325 Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	753,75	7
--	--	--------	---

RÉTROPÉRITOINE

	06161 Excision complète de tumeur rétropéritonéale	705,60	10
	06162 Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	441,00	6

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

URETÈRE

Incision ou extraction

T	06019 Section ou résection endoscopique d'urétérocèle	200,00	5
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou uréthro-rénale.		

		R = 1	R = 2
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction d'un calcul de l'uretère lombaire incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	413,70	5
T 06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction d'un calcul de l'uretère pelvien incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	460,00	6
T 06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée) incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 06005, 06006, 06008 et 06029 dans une même séance.	726,00	6
T 06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations uréthro-vésicales et uréthro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.	434,00	7
<i>Excision</i>			
S			
T 06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	329,00	5
T 06111	Traitement de tumeurs malignes pyélocalicielles ou de l'uretère ou les deux, par urétéroscopie rétrograde avec résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies des cavités et de l'uretère, la dilatation urétérale, les tubes de drainage, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales ou uréthro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06024 dans une même séance.	434,00	6

Réparation

T 06330	Urétérolyse unilatérale	360,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique <i>Urètre</i> , dans une même séance, par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline. Pour un chirurgien général ou un chirurgien vasculaire, ce service médical n'est pas payable en association avec une autre chirurgie abdominale ou rétro-péritonéale.		
T 06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-urètre ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	526,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique <i>Urètre</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
T 06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie	631,00	7
T 06334	Trans-urétéro-urétérostomie	631,00	7
T 06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	394,00	7
T 06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	526,00	7
T 06341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	131,00	
T 06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	526,00	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
T 06305	par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres)	946,00	8
T 06315	par segment intestinal détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres)	1 095,00	16
06324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	736,00	8
T 06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	329,00	8
T 06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	112,00	6
06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	240,00	6
T 06318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 051,00	8
T 06323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. : Procédure de Mitrafanoff)	867,00	12
06339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale	526,00	8

Suture

T 06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte .	460,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.		
S			
T 06350	Opération de Boari	631,00	8

VESSIE*Incision*

T 06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales . . .	263,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique <i>Vessie</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
T 06013	Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor	361,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique <i>Vessie</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
T 06020	Cystostomie : isolée	263,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique <i>Vessie</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
T 06023	avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : - électrocoagulation - excision de tumeur vésicale - extraction de calculs	329,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique <i>Vessie</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgien(s) de la même discipline.		
T 06025	avec implantation de stimulateur électrique	460,00	5
T 06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	180,00	5
06018	Dénervation de la vessie par transection	350,00	7

		R = 1	R = 2
T 06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés, par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intra-vésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	946,00	12
T 06022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	263,00	5
<i>Injections thérapeutiques</i>			
T 06001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage	220,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique <i>Vessie</i> ou sous la section <i>Procédés diagnostiques et thérapeutiques</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
<i>Excision</i>			
T 06159	Vésicostomie cutanée	329,00	4
T 06113	Cystectomie : partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	460,00	6
T 06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	631,00	8
T 06205	totale ou cystoprostatectomie excluant évidemment ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétréctomie chez la femme)	736,00	12
T 06002	cystoprostatectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	2 100,00	18
T 06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale . . .	2 100,00	18
T 06041	pour segment détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Camey et autres), supplément . . .	240,00	
T 06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Studer et autres), supplément . . .	368,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06041, 06042, 06052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06002 et 06038.		

		R = 1	R = 2
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	321,70	5
T 06168	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) : de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	228,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale à l'exception des actes codés 06060, 06061 ou 06247 si effectués à la même séance.		
Destruction			
T 06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	250,00	5
Réparation			
T 06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs.	526,00	5
T 06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle	631,00	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire		
T 06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 183,00	12
T 06336	par segment intestinal détubularisé (ex. : Studer et autres)	1 314,00	16
06277	Valve de continence, supplément par valve	206,85	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
T 06343	univalvulaire	631,00	15
06344	plurivalvulaire	672,00	15
T 06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	736,00	18
Suture			
T 06357	Cystorrhaphie, pour rupture de la vessie.	394,00	6
06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	345,45	5
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
T 06402	par voie sus-pubienne.	526,00	6
T 06403	par voie vaginale	460,00	5
T 06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00	5

URÈTRE**Incision**

T 06030	Urétrostomie externe antérieure.	131,00	5
T 06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	200,00	6

		R = 1	R = 2
T 06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	60,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
T 06033	Ouverture et drainage :		
	d'un abcès péri-urétral profond	197,00	6
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	263,00	6
Excision			
T 06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	5
T 06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme) . .	263,00	6
T 06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	200,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
T 06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	200,00	6
T 06215	Urétrectomie totale	280,00	6
T 06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale	112,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
Réparation			
T 06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	329,00	6
T 06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
06093	Urétropexie ou bandelette de suspension chez l'homme, toute technique, avec ou sans dérivation urinaire incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires	440,00	7
	Urétrolyse post-urétropexie		
T 06037	par voie sus-pubienne	438,00	7
T 06014	par voie vaginale	197,00	7
+ 06136	par voie périnéale	207,05	7
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section <i>Urètre</i> sous la rubrique <i>Réparation</i> .		
	Urétroplastie par voie ouverte, avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	7
T 06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	7
T 06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	7
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	7
T 06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	7

		R = 1	R = 2
T 06373	Correction d'incontinence urinaire par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	220,00	5
T 06417	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	631,00	10
T 06374	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8
T 06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	550,00	5
T 06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon . .	550,00	5
T 06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	550,00	5
	NOTE : Un seul des actes codés 06347, 06384 et 06454 peut être facturé par un ou plusieurs urologues à la même séance.		

Suture

	Urétrorrhaphie avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06366	pour rupture antérieure	197,00	5
T 06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
T 06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	8
T 06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	263,00	6
T 06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	6
T 06370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	6
06371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	504,00	6
T 06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	6
	Reconstruction du sinus urogénital avec ou sans dérivation urinaire		
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau . .	60,00	6
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur . .	150,00	6
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	275,00	7
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
T 06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	986,00	12
	avec abaissement vaginal :		
T 06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément	329,00	
	NOTE : Un seul de ces deux suppléments est payable au cours d'une même chirurgie.		

INDEX

Page

APPAREIL GÉNITAL MÂLE.....	N-2
Pénis.....	N-2
Testicules.....	N-4
Scrotum.....	N-5
Canal déférent.....	N-5
Cordon.....	N-6
Vésicule séminale.....	N-6
Prostate.....	N-6

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06094 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale :
 - patient de moins 2 ans;
 - patient de 75 ans ou plus;
 - IMC >= 35;
 - paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadriplégie. 110,00

AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Pénis* peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	346,75	6
06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	346,75	6
T 06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes	650,00	6

Excision

T 06127	Circuncision pour pathologie du prépuce	219,00	5
---------	---	--------	---

NOTE : Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.

AVIS : La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte 06127 doit être inscrite dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et indiquer la lettre « A » dans la case C.S.

		R = 1	R = 2
T 06119	Amputation : partielle du pénis dans un cas de cancer du pénis ou de l'urètre, incluant segment d'urètre	325,00	5
T 06218	complète du pénis incluant urétrostomie périnéale	526,00	6
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	31,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.		
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipièce	207,60	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes	317,20	5
Réparation			
T 06354	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire : correction en un temps (toute technique)	200,00	5
T 06224	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire : correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	600,00	6
T 06226	correction de chordée.	263,00	6
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	360,00	5
T 06234	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire : correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 000,00	12
T 06236	correction de chordée.	329,00	6
T 06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	460,00	8
T 06291	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire : correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 500,00	18
T 06292	correction de chordée.	361,00	6
T 06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	578,00	8
T 06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées.	1 000,00	6
T 06379	intervention additionnelle pour correction de fistule uréthro-cutanée, une ou plusieurs	200,00	6
06228	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias : avec désinsertion des corps caverneux	672,00	8
T 06229	sans désinsertion des corps caverneux.	329,00	5
06238	Reconstruction pour transposition pénoscrotale, avec ou sans dérivation urinaire sans urétroplastie	378,00	6
06380	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux : après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	414,05	6
06095	si utilisation d'une greffe, supplément	400,00	2
	NOTE : L'acte codé 06095 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 3 heures ou plus		

		R = 1	R = 2
	pour épispadias 1 ^{er} temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale, incluant les lambeaux cutanés	704,00	8
T 06432			
T 06433	pour épispadias, avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	792,00	12
06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	300,00	6
T 06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1 183,00	18
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	900,00	18
	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale(s), entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	350,00	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	493,00	10

TESTICULES

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Testicules* peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Excision

T 06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	200,00	6
T 06125	Orchiectomie par voie inguinale	263,00	6

NOTE : Si cure de hernie associée, voir le service médical codé 05468, système digestif (cas particulier : C.S.)

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

Réparation

NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec le service médical codé 05455 lorsque effectué du même côté à la même séance.

T 06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux	301,00	5
T 06285	Orchidopexie	450,00	5
T 06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	241,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans la même séance.		
T 06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	329,00	6
T 06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	263,00	6

		R = 1	R = 2
T 06388	Rupture du testicule (réparation)	200,00	6
SCROTUM			
T 06389	Traitement d'hydrocèle ou de spermatoçèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration, le cas échéant	27,40	
	NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors d'une même séance.		
<i>Incision</i>			
T 06394	Ouverture et drainage d'abcès intrascrotal.	200,00	5
T 06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatoçèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épидидymaire, unilatérale	300,00	5
	NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors d'une même séance.		
<i>Excision</i>			
T 06106	Résection partielle du scrotum	200,00	6
T 06107	Résection totale ou complète du scrotum.	263,00	6
CANAL DÉFÉRENT			
<i>Excision</i>			
T 06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale	65,70	4
<i>Réparation</i>			
	Épididymo-vasostomie unilatérale.	100,00	5
T 06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	329,00	6
T 06082	prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément.	350,00	
T 06395	Vasovasostomie unilatérale	110,00	4
T 06444	Vasovasostomie unilatérale par microchirurgie.	329,00	6
T 06083	prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément.	350,00	

CORDON

Excision

T 06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale	263,00	5
---------	--	--------	---

VÉSICULE SÉMINALE

Excision

06235	Vésiculectomie	604,80	5
-------	--------------------------	--------	---

PROSTATE

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Prostate* peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

T 06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (RTU)	263,00	5
T 06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	200,00	4

Excision

T 06240	Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant) sus-pubienne (1 ou 2 temps)	434,00	5
T 06241	rétropubienne simple	434,00	5
T 06242	périnéale simple	330,00	7
T 06243	rétropubienne radicale incluant la vésiculectomie séminale et, le cas échéant, les biopsies étagées ou la lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	1 000,00	10
T 06212	si faite par laparoscopie ou robotique, supplément	200,00	2
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 04244 lors d'une même séance.		
06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire	736,00	7
T 06247	transurétrale par électrocautérisation monopolaire ou bipolaire, laser ou électrovaporisation incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne, mais excluant les traitements par diathermie ou thermothérapie	434,00	7
	NOTE : L'acte codé 06247 peut être facturé avec l'acte codé 06168 à la même séance.		

		R = 1	R = 2
06096	si morcellement de la prostate après une RTUP faite par laser, supplément.	200,00	
	NOTE : L'acte codé 06096 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 2 1/2 heures ou plus.		
T 06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	200,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Résection ou laser de tissu prostatique résiduel ou récidivant incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne		
T 06060	réintervention après 1 an ou plus	434,00	7
T 06061	réintervention en moins d'un an	300,00	7
	NOTE : Les actes codés 06060 et 06061 peuvent être facturés avec l'acte codé 06168 à la même séance.		
T 06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection transurétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne.	263,00	7
Brachythérapie			
T 06053	Collaboration lors de la mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	500,00	7

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

06400	Cystocèle (urétrécèle)	350,00	5
06405	ou rectocèle	350,00	5
06406	et rectocèle	475,00	5
06426	Sacro-ischioepexie par voie vaginale, supplément	300,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocele lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	300,00	
06427	Cure primaire de prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	400,00	5
06424	Reprise de chirurgie pour prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	500,00	5
06422	Reprise ou exérèse au bloc opératoire par voie vaginale ou abdominale sur des mèches préalablement installées pour chirurgie de prolapsus génital, incluant la reconstruction avec greffe ou lambeau	600,00	5
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	550,00	5
06420	Colposacropexie, avec bande	600,00	5
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	302,30	5
06411	Colpoclésis	400,00	5
T + 06412	Urétréopexie, toutes techniques	377,80	6
	NOTE : Pour les médecins spécialistes en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le code d'acte 06412 inclut la cystoscopie (code d'acte 0320) lorsqu'effectuée à la même séance.		
06414	Entérocele ou colpocele par voie vaginale	400,00	5
06415	Vaginoplastie (sténose)	200,00	5
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	200,00	5
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	735,00	10

Suture

06421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	200,00	5
-------	--	--------	---

TROMPES*Excision*

	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie excluant la stérilisation		
06260	unilatérale	377,80	5
06300	bilatérale	477,80	5

Réparation

06458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	453,40	5
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	604,50	8
06467	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Suture

06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique) . . .	450,00	6
06468	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	300,00	5
06451	avec avortement thérapeutique	400,00	5
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément. . .	100,00	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 9.

OVAIRES**Excision**

	Kyste ovarien, paraovarien		
06188	unilatéral	377,80	5
06469	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06201	bilatéral	477,80	5
06470	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
D	NOTE : Ces codes d'acte ne peuvent être réclamés pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste ou pour une stérilisation.		
06177	Tumeur intraligamentaire	377,80	5
	Ovariectomie		
06261	unilatérale	377,80	5
06471	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06303	bilatérale	477,80	5
06472	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06262	Réséction cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	377,80	6
06473	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Réparation

+	06299	Chirurgie conservatrice de l'endométriose Stade I ou plus, avec destruction d'implants d'endomé- triose et lyse d'adhérences pelviennes	350,00	6
	06288	Stade III ou IV, toutes techniques, comprenant au moins 2 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien, ovariectomie, tuboplastie, dépéritonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie	604,50	8

AVIS : Incrire les chirurgies pratiquées dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

	06264	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
S	06263	Ovariopexie	329,00	6

		R = 1	R = 2	
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse.....	712,55	5	
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse.....	763,45	5	
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse.....	712,55	5	
06381	Sympathectomie présacrée.....	500,00	5	
06477	technique laparoscopique, supplément.....	250,00	2	
<i>Introduction</i>				
06434	Hystérocopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28).....	157,75	5	
06460	avec ablation ou résection de l'endomètre ou myomectomie de moins de 3 cm, supplément.....	178,10	2	
06462	avec ablation ou résection de l'endomètre ou myomectomie de 3 cm ou plus, supplément.....	225,00	2	
06404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques effectuée sans hystérocopie diagnostique à la même séance.....	161,90	5	
----	Laparoscopie.....	(voir appareil digestif)		
<i>Réparation</i>				
06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale.....	396,70	7	
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes.....	400,00	5	
<i>Manipulation</i>				
Avortement incomplet :				
06900	par extraction menstruelle.....	30,20		
06906	par curetage (PG-28).....	178,15	4	
D	Avortement :			
06908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires).....	30,20		
#	06909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (PG-28) (1*)	150,00	4
D	Avortement de la 14 ^e à la 19 ^e semaine de grossesse inclusivement			
#	06948	1 ^{er} temps : induction toutes méthodes.....	151,10	5
#	06949	2 ^e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28) (1*)	151,10	4
+	06137	Avortement par dilatation et extraction à partir de 20 semaines de grossesse, incluant la dilatation du col et l'insertion de tiges laminaires (PG-28) (1*)	302,20	7
#	AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 9.			

		R = 1	R = 2
D 06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement ou un avortement incomplet (PG-28)	175,00	4
06924	Cerclage du col par approche vaginale chez la parturiente	200,00	5
06478	Cerclage du col par approche abdominale	475,00	7
06479	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
<i>Divers</i>			
06398	Mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone	108,00	4
06399	Exérèse d'implants de progestérone	129,50	4

06934	<p>Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2^e stade, anomalie du cœur foetal et/ou évolution anormale du travail</p> <p>NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec les services médicaux codés 06903, 06912 et 06929.</p> <p><u>AVIS :</u> <i>Voir la section 3.2.3 sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.</i></p>	425,00
06940	<p>Consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(ont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants : l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencercelage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail</p> <p>NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un professionnel de la même spécialité.</p> <p><u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le ou les procédés ou évaluations effectués.</i></p>	150,00
D 06904	<p>Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aiguë ou stabilisée, aux fins de préparation à un transfert vers une autre installation d'un établissement désigné par les parties négociantes</p> <p>NOTE : L'acte codé 06904 inclut tous les services médicaux effectués chez cette patiente le même jour sauf la naissance.</p>	215,00
#	<p><u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro d'établissement correspondant au lieu du transfert de la patiente dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i></p>	
D 06905	<p>Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aiguë ou stabilisée, transférée d'une autre installation d'un établissement. Cet acte est facturable par l'obstétricien-gynécologue de garde à la salle d'accouchement.</p> <p>NOTE : L'acte codé 06905 inclut tous les services médicaux effectués chez cette patiente le même jour sauf la naissance.</p> <p>NOTE : Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.</p>	265,00

		R = 1	R = 2
06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta ou correction d'une inversion utérine (prestation incluse dans celle de l'accouchement)		6
06918	Réparation de déchirures (prestation incluse dans celle de l'accouchement)		5
S			
06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	200,00	5
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	250,00	4
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite foetale) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse, le cas échéant	600,00	5
S			
06930	Transfusion foetale intra-utérine	800,00	7
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du foetus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) . .	54,00	
	Évaluation du bien-être foetal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	30,00	
06961	20 minutes et plus	60,00	
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail actif d'une patiente admise par un obstétricien gynécologue, si un autre obstétricien gynécologue effectue la césarienne ou l'accouchement Maximum 1 fois par patiente, par grossesse	150,00	

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
--	-----------------------------	------------------	----------------

PROCRÉATION ASSISTÉE

	Stimulation ovarienne (voir règle 10.4 - addendum 6)		
06962	cycle stimulé	400,00	1 120,00
06963	cycle naturel modifié	400,00	1 120,00
06964	cycle naturel	400,00	1 120,00
	Prélèvement d'ovule (voir règle 10.5 - addendum 6)		
06965	cycle stimulé	350,00	2 090,00
06966	cycle naturel modifié	350,00	2 090,00
06967	cycle naturel	350,00	2 090,00

AVIS : Les codes d'acte relatifs au prélèvement d'ovule peuvent être réclamés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.

06954	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise (voir règle 10.9 - addendum 6) ..		525,00
-------	---	--	--------

AVIS : Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
T 06955	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes (voir règle 10.9 - addendum 6) .		738,00	
	<p><u>AVIS :</u> Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.</p> <p>- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le nom de la banque de sperme canadienne inscrite sur la facture.</p> <p>Les banques de sperme canadiennes reconnues sont :</p> <p>- Outreach Health Services - Can-am Cryoservices - Repromed</p>			
06968	Transfert d'embryon frais (voir règle 10.6 - addendum 6)	150,00	1 390,00	6
06969	Transfert d'embryon congelé (voir règle 10.6 - addendum 6)	150,00	1 390,00	6
	<p><u>AVIS :</u> Les codes d'acte relatifs au transfert d'embryon peuvent être réclamés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.</p>			
06970	Diagnostic préimplantatoire		180,00	
	<p><u>AVIS :</u> Le code d'acte relatif au diagnostic préimplantatoire peut être réclamé uniquement dans un centre hospitalier universitaire titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.</p>			
	Stimulation ovarienne hors FIV (voir règle 10.7 - addendum 6)			
06971	par agents oraux	160,00	220,00	
06972	par gonadotropines	225,00	310,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
06973	Insémination artificielle (voir règle 10.8 - addendum 6)	150,00	325,00	
06956	fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise, supplément (voir règle 10.9 - addendum 6)		525,00	
<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.</i>				
T 06957	fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes, supplément (voir règle 10.9 - addendum 6)		738,00	
<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service d'insémination artificielle et conserver les pièces justificatives.</i>				
<i>- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le nom de la banque de sperme canadienne inscrite sur la facture.</i>				
<i>Les banques de sperme canadiennes reconnues sont :</i>				
<i>- Outreach Health Services</i>				
<i>- Can-am Cryoservices</i>				
<i>- Repromed</i>				
06958	Congélation de sperme, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année		125,00	
06959	Frais annuels d'entreposage de sperme ou d'embryons, et ce, à compter de la deuxième année		50,00	

ANNEXE I

AVIS : *Le code de diagnostic est entre parenthèses. Pour ceux dont le code est inexistant, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

ACCOUCHEMENT DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06945) ou MANŒUVRE OBSTÉTRICALE INTRAPARTUM DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06931)

CAS COMPLEXES**A) VOIE VAGINALE****CONDITIONS FOETALES :**

- Présentation de la face (652.4) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Hydrops-foetalis non immunitaire (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)
- Malformation congénitale : système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme 41 semaines et plus (645.9)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Chorioamnionite clinique (658.4)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Oligohydramnios sévère (658.0)
- Polyhydramnios sévère (657.9)
- Placenta praevia (641.1), accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)
- Vasa praevia (663.5)

CONDITIONS MATERNELLES :*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques : coagulopathie (286.9), thrombocytopénie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires : cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), collagénose (425.4), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies du système urinaire : insuffisance rénale (669.3), transplantation (646.2), glomérulopathie (583.9)
- Maladies pulmonaires : insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes : diabète insulino-dépendant et/ou insulino-traité (648.0), thyrotoxicose (242.9), phéochromocytome (227.0)
- Maladies digestives : stéatose spongiocytaire (571.8), maladie de Crohn (555.0), colite ulcéreuse (556.9)
- Maladies neurologiques : éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aigüe (646.7)
- Maladies gynécologiques : anomalie congénitale (654.9)
- IMC > = 35

INDEX

Page

SYSTÈME NERVEUX	S-2
CRÂNE ET ENCÉPHALE	S-2
Lésions expansives tumorales	S-3
Lésions infectieuses et parasitaires	S-4
Lésions vasculaires	S-5
Lésions vasculaires cervicales	S-6
Lésions traumatiques	S-7
Liquide céphalo-rachidien	S-7
Malformation congénitale crânio-encéphalique	S-8
Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxie	S-8
Installation du cadre plus	S-9
Neurochirurgie de l'épilepsie	S-9
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS	S-10
Chirurgie du nerf facial	S-10
Divers	S-11
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL	S-11
Tumorale	S-12
Dégénérative et traumatique	S-12
Lésions vasculaires	S-12
Lésions infectieuses	S-12
Malformations congénitales du rachis et moelle épinière	S-13
Neurochirurgie fonctionnelle	S-14
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	S-15
Divers	S-16

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

07830	Monitoring per-opérateur de l'intégrité des nerfs crâniens ou périphériques (pour neurochirurgien seulement), supplément	232,60
07831	Toute réintervention effectuée au même site au-delà de 30 jours suivant l'intervention initiale, sauf si déjà prévue au tarif, supplément (pour neurochirurgien seulement) NOTE : L'acte codé 07831 peut aussi être facturé avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique ainsi qu'avec l'acte codé 04710.	257,20
07742	Si utilisation de la robotique et/ou IRM per-opérateur, supplément	200,00
07817	Si guidage continu bidimensionnel per-opérateur effectué par le neurochirurgien, supplément NOTE : Les actes codés 07817, 07702, 07706 et 07842 sont mutuellement exclusifs. NOTE : L'acte codé 07817 est facturable seulement avec les actes codés 07644, 07674, 07767, 07768, 07770, 07771, 07773 et 07774.	230,95

CRÂNE & ENCÉPHALE

07702	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation donnent droit à un supplément chirurgie crano-encéphalique, supplément NOTE : Les actes codés 07702, 07706, 07842 et 07817 sont mutuellement exclusifs.	222,70
+		
07703	Si chirurgie effectuée par le neurochirurgien chez un patient conscient pour cartographie corticale fonctionnelle, supplément	224,35
07743	Si ostéotomie orbito-zygomatique, supplément	200,00

Lésions traumatiques

07595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	1 247,35	18
07596	avec reconstruction crano-orbitaire dans la même séance, supplément	251,05	
----	Trépanation simple.	(voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)	
07597	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique unilatérale	748,85	15
07598	bilatérale	1 130,80	18

Liquide céphalo-rachidien*Dérivation interne :*

07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale.	686,50	15
07613	Dérivation ventriculaire double en Y	873,50	15
07513	Programmation de la pression d'ouverture d'une valve de dérivation ventriculaire	76,90	

Révision d'une dérivation :

07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube) . .	600,00	12
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	935,75	15
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	435,95	10

Autres procédures :

07620	Endoscopie ventriculaire	879,80	18
07003	avec biopsie tumorale, supplément	211,45	
07745	avec fenestration comprenant ventriculostomie et/ou septostomie et/ou kystostomie, supplément	205,50	
07621	Torkildsen	615,95	15
07622	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	313,70	8
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
07623	unilatérale	628,70	12
07624	bilatérale	727,90	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	628,70	12
07626	infratentorielle	691,40	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	560,10	15
07628	infratentorielle	616,40	15

*Malformation congénitale crano-encéphalique***Crâne :**

	Craniosténose :		
07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple.	727,90	15
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	972,20	18
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 621,20	18
S			
07633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple.	848,50	15

Méninges & Encéphale :

	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
07634	supratentorielle	859,85	18
07635	infratentorielle.	845,90	18
07636	base du crâne	998,75	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentoriel.	1 005,20	18
07638	infratentoriel	1 130,80	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	279,70	12
07640	par craniotomie	616,40	15
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 632,80	18

Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :

07642	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	313,70	8
	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie :		
07652	corticale & sous-corticale	1 695,50	18
07653	thalamique et/ou des noyaux gris centraux	1 885,00	18
07654	si plus de 3 cm, supplément.	251,05	
07746	Radiochirurgie sans cadre incluant la rencontre préopératoire effectuée le même jour, l'utilisation du logiciel de dosimétrie par le neurochirurgien avec consignation au dossier, ainsi que le suivi postopératoire immédiat.	300,00	12

Divers

	Craniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
07677	sous-temporale	447,50	15
07678	sous-occipitale	588,20	15
	Cranioplastie :		
07679	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	748,85	12
S 07680	avec reconstruction osseuse autogène	1 039,35	18
07682	Révision de la craniotomie faite antérieurement par un neurochirurgien pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo-rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	998,10	18
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	1 202,95	18
07699	si faite par voie endonasale	451,50	15
07683	Craniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	294,00	10

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

Lorsqu'une greffe est effectuée par le neurochirurgien, l'un ou l'autre des suppléments suivants peut être facturé :

07839	greffe seule, supplément	290,70	
	greffe avec instrumentation		
07840	2 niveaux, supplément	560,85	
07704	3 niveaux, supplément	897,35	
07705	4 niveaux ou plus, supplément	1 121,70	
	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation incluant la planification pré et per-opératoire donnent droit à un supplément		
07706	chirurgie spinale, supplément	313,70	
+ 07706	NOTE : Les actes codés 07706, 07842, 07817 et 07702 sont mutuellement exclusifs.		
07842	si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien en vue d'implantation d'instrumentation spinale, supplément	230,95	
+ 07842	NOTE : Les actes codés 07842, 07817, 07702 et 07706 sont mutuellement exclusifs.		
07707	si chirurgie de la jonction crano-cervicale (impliquant l'occiput, C1 ou C2) effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	897,35	
07708	si chirurgie de la jonction lombo-sacrée effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	448,65	
07748	si chirurgie de la jonction cervico-dorsale effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	400,00	
	NOTE : Les actes codés 07707, 07708 et 07748 peuvent aussi être facturés avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique.		

Tumorale

	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
07684	par voie postérieure	1 190,05	15
07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	1 256,30	18
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
07686	un à quatre métamères	1 496,50	18
07687	plus de quatre métamères	2 512,45	18
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
07688	un à quatre métamères	1 885,00	18
07689	plus de quatre métamères	3 141,35	18
07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	1 130,80	18
07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	2 512,45	18
07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	2 512,45	18

Dégénérative et traumatique

07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	1 017,25	15
07701	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours), par le neurochirurgien seulement	1 036,10	15
07843	Cyphoplastie percutanée incluant, le cas échéant, l'approche bipédiculaire, l'utilisation du ballonnet, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment	653,20	12

Lésions vasculaires

07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique préopératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	935,75	15
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 885,00	18
07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	3 141,35	18
07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 885,00	18
07697	Laminectomie pour hématome épidual primaire	1 190,05	15

Lésions infectieuses

07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quel que soit le nombre de niveaux	1 042,40	15
07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 392,20	15
07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	1 160,45	15

INDEX

Page

APPAREIL VISUEL	T-2
Globe oculaire.....	T-2
# Cornée	T-4
# Sclérotique	T-5
# Iris et corps ciliaire	T-5
# Cristallin.....	T-6
# Corps vitré.....	T-7
# Rétine	T-9
# Muscles oculaires.....	T-10
# Orbite	T-10
# Paupières et sourcils.....	T-11
# Cils	T-12
# Conjonctive	T-13
# Appareil lacrymal	T-13
# Corps étranger	T-14
# Traumatisme oculaire	T-14

T - APPAREIL VISUEL

Selon la règle 8.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont rémunérées à 75 %. Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 %.

- +
AVIS : Utiliser le modificateur **122** pour les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées à la même séance, sauf pour la chirurgie principale.

Utiliser le modificateur **013** pour la chirurgie pratiquée sur le deuxième œil, lors d'une chirurgie bilatérale, effectuée à la même séance, sauf pour la chirurgie principale.

AVIS : Selon la règle 8.5 de l'Addendum 4 – Chirurgie, les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes sont également rémunérées à 75 % (MOD = **125**), sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence, d'un examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (MOD = **123**).

AVIS : Voir le tableau sous la règle 8.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie, onglet E.

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (**093** et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- | | | | |
|---------|--|--------|--|
| + 07084 | Pour tous les actes de l'onglet T, si effectués sous anesthésie générale, supplément | 100,00 | |
| + | NOTE : Un seul supplément par séance. Ce supplément ne s'applique pas chez un patient de 0 à 10 ans. | | |

GLOBE OCULAIRE

- | | | | |
|---------|--|--------|---|
| D 07045 | Goniotomie incisionnelle | 597,70 | 6 |
| + | NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil et ne peut être facturé pour l'implantation de tuteur trabéculaire (codes d'acte 07819 et 07820) ou pour un traitement au laser dans l'angle (code d'acte 07802) à la même séance. | | |

		R = 1	R = 2
+ 07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	362,50	6
+ 07085	Reformation d'une chambre antérieure plate post chirurgie	300,00	6
+ 07133	NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance. Énucléation : simple	455,70	5
07134	avec mise en place d'implant	745,75	5
07136	Éviscération : avec mise en place d'implant	745,75	5
07356	Implantation secondaire	745,75	5
D 07361	Réparation de bulle de filtration	445,65	6
+ 07237	NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance. Trabéculotomie et trabéculéctomie avec ou sans iridectomie, avec ou sans express shunt ou équivalent	674,35	7
+ 07122	NOTE : Cet acte ne peut être associé à une chirurgie non pénétrante du glaucome (actes codés 07086, 07087, 07088). si fait dans un quadrant ayant eu une chirurgie conjonctivale pleine épaisseur dans le passé, supplément	124,35	
+ 07086	Chirurgie non pénétrante du glaucome avec sclérectomie profonde non pénétrante	750,00	8
+ 07087	si canaloplastie, supplément	125,00	
+ 07088	si sclérostomie postérieure, supplément	50,00	
+ 07800	NOTE : L'acte codé 07086 ne peut être facturé avec les actes codés 07237 et 07048 au même œil, à la même séance. Mise en place d'un implant de drainage de glaucome (seton) avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculéctomie, excluant express shunt ou équivalent	846,20	8
+ 07089	si fait dans un quadrant ayant eu une chirurgie conjonctivale pleine épaisseur dans le passé, supplément	124,35	
T 07809	Lyse de suture faite au laser dans les six mois suivant une trabéculéctomie	63,00	4
07818	Suture transconjonctivale dans le traitement de l'hyperfiltration suite à une chirurgie filtrante	218,00	5
D 07123	NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance. Exérèse d'un implant de drainage de glaucome (seton) excluant express shunt ou équivalent, avec ou sans greffe de conjonctive	800,00	5

CORNÉE

07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	140,35	5
	Kératectomie pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
07192	partielle	247,55	6
07193	totale	396,10	6
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	247,55	5
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	372,90	6
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	372,90	6
+ 07364	Greffe de cornée	975,00	8
+ 07090	dissection pour DALK (kéroplastie lamellaire antérieure profonde), supplément	400,00	
+ 07091	kératoprothèse, supplément	400,00	
+ 07092	préparation et découpage du bouton endothélial à partir d'un greffon brut ou préparation et découpage de la membrane de Descemet pour DMEK (kératoplastie endothéliale par membrane de Descemet), supplément	200,00	2
+ 07093	greffe chez un patient de 10 ans et plus et de moins de 18 ans, supplément	200,00	2
+ 07094	Repositionnement du greffon endothélial par bulle d'air . .	370,00	6
	NOTE : Cet acte ne peut être associé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.		
07140	Implantation de prothèse intracornéenne Intacs pour le traitement du kératocône	337,10	6
D 07141	Kératectomie ou incisions relaxantes pour astigmatisme de plus de 3,00 dioptries mesurée au plan cornéen dans les cas suivants :	337,10	6
	- post-greffe de la cornée		
	- post-cicatrice traumatique de la cornée		
	- post-pathologie cornéenne		
	- post-chirurgie cornéenne non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée		
+ 07095	Kératectomie effectuée par laser dans le cas d'une anisométrie de plus de 5,00 dioptries mesurée au plan cornéen entraînant un déficit fonctionnel de la vision et non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée	350,00	6
+	NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est requise.		
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
07080	Réticulation (cross linking) de la cornée aux rayons UVA pour le traitement des ectasies, des infections et des inflammations de la cornée, incluant la kératectomie. . . .	350,00	6
07803	Curetage et/ou cautérisation	57,30	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	57,55	4

		R = 1	R = 2	
	07143	Pose de membrane amiotique pour le traitement de pathologie du segment antérieur de la cornée ou de la conjonctive	225,65	5
	07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	430,90	6
	07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	985,95	8
SCLÉROTIQUE				
S	07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroidien)	440,00	5
	07368	Greffe sclérale	609,25	7
	07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculéctomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale	245,95	6
IRIS ET CORPS CILIAIRE				
D	07801	Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie (1*)	168,55	6
D	07802	Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie (1*)	202,25	5
	07819	Implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs dans un œil phake	450,00	6
	07820	Implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs dans un œil pseudophake	350,00	6
		NOTE : Les actes codés 07819 et 07820 ne peuvent être facturés avec l'acte codé 07045, à la même séance.		
	07144	Endophotocoagulation au laser du corps ciliaire pour glaucome chez enfant (< 18 ans), fait sous anesthésie générale incluant la vitrectomie antérieure, le cas échéant	394,90	6
	07804	Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	627,20	7
	07814	Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intra-oculaires (1*)	364,65	7
	07051	Sphinctérotomie (1*)	323,20	5
	07052	Synéchtomie irienne (corélyse) (1*)	364,65	5
D	07169	Excision lésion irienne avec spécimen pour pathologie . .	528,80	5
	07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocycléctomie)	932,55	6
	07137	Iridectomie périphérique ou complète (1*)	364,65	6
	07372	Iridodialyse (réparation)	513,70	5
S				
D	07812	Cyclodestruction par laser, cryothérapie ou diathermie . .	240,30	6

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 3.

CRISTALLIN

07235	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	50,60	
T 07261	Cataracte, incluant les iridectomies : Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal (2*)	325,00	2
07821	si implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs, à la même séance, supplément	220,00	
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	445,70	7
07145	Suture d'une LIO ou d'un implant intra-oculaire à la sclère, à l'iris ou à la capsule, supplément	225,65	
07263	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	245,95	5
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	445,70	6
T 07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire, cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure (2*)	325,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	828,55	7
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG.	140,45	5

AVIS : (2*) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code **07227** ou **07261** sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire Document complémentaire (1944).

CORPS VITRÉ

07236	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	50,80	
07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	298,30	5
07330	Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie (1*)	314,65	6
07331	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction (1*)	175,00	5
	Dans le cas d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge - (Lettre d'entente n° 183) (pour ophtalmologiste seulement) Lorsque l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique et l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique sont réalisés en clinique médicale		
07035	premier oeil, supplément (2*)	115,00	
07036	deuxième oeil à la même séance, supplément (2*)	57,50	
	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé à l'hôpital et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite en clinique médicale		
07056	pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique (en établissement seulement)	15,00	
	pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique		
07057	premier oeil, supplément (2*)	65,00	
07058	deuxième oeil à la même séance, supplément (2*)	32,50	
07059	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé en clinique médicale et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite à l'hôpital (2*)	50,00	

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 3.

(2*) Incrire le code de localité de la clinique médicale dans la section Etablissement pour les codes 07035, 07036, 07037, 07057, 07058 et 07059.

		R = 1	R = 2
	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, et qui ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (pour ophtalmologiste seulement) (2*)		
07037	réalisé en clinique médicale (2*)	50,00	
07060	réalisé à l'hôpital	15,00	
	NOTE : Selon conditions et maximum prévus à la Lettre d'entente n° 183.		
07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie.	768,65	8
07146	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épiréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	884,00	10
07147	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	285,65	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	438,10	5

AVIS : (2*) *Inscrire le code de localité de la clinique médicale dans la section Établissement pour les codes 07035, 07036, 07037, 07057, 07058 et 07059.*

RÉTINE*Réparation*

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel.	248,55	4
07299	profond.	363,15	6
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbène ou autre).....	400,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure	348,05	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intravitréens :		
07408	première intervention	894,95	8
07409	intervention subséquente incluant toute technique	994,30	10
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale :		
07310	tumeur	397,70	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	352,50	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	745,75	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt	364,65	6
07311	Photocoagulation au laser ou autre procédé..... pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)	238,05	5
07303	un oeil	775,65	8
	<u>AVIS :</u> <i>L'acte 07303 s'applique seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale.	256,90	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive).....	397,70	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical. . . .	497,55	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	515,05	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	538,05	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	576,55	7
Supplément pour muscle additionnel			
07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (1*)	176,05	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	184,50	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	192,15	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (1*)	207,60	
NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.			
07279	Transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles	538,05	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	515,05	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	535,90	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	169,15	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	327,60	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou excrèse de lésion.	337,10	6
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	660,20	7
07282	tumeur	990,30	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne).	409,50	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale.	697,80	10
07171	Orbitotomie antérieure (excérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe).	660,20	7

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de muscles dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	Exentération simple :		
07242	sans greffe	715,80	6
07243	avec greffe.....	1 128,25	10
07380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire	335,35	5
	NOTE : Ne peut être réclamé avec une réduction de fracture de l'orbite.		
07379	Réduction de fracture de l'orbite	361,05	5

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre « Appareil lacrymal »)

Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage.....	13,50	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès (PG-28 pour médecin spé- cialiste en médecine d'urgence seulement)	53,55	4

Excision

T 07173	Chalazion (PG-28)	63,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28).....	126,00	6
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	508,35	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale.	198,10	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
07174	n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28)	45,55	5
	NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma.		
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28).	427,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	363,15	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	437,30	5
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis.....	762,35	8
07467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie	57,30	5
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	363,15	6
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	528,15	6
07813	cautérisation (incluant l'examen).....	57,30	6

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure	427,00	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28).	874,80	8
07149	Excision du surplus cutané de la paupière supérieure pour troubles fonctionnels documentés (PG-28)	252,85	6
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code d'acte 07149, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.</i>		
	Ptose :		
07394	suspension au frontal	602,40	6
07385	fasanella ou autre technique	247,55	6
07395	résection du releveur (PG-28)	503,40	6
07396	réintervention.	594,20	7
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	255,90	6
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre (PG-28).	198,10	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	478,70	6
07403	Tarsorrhaphie (PG-28)	239,35	6
CILS			
07418	Électrolyse ou cryothérapie	57,30	5
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par résection sectorielle réquerant la reconstruction du rebord de la paupière	310,25	5
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	497,20	5

		R = 1	R = 2
CONJONCTIVE			
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	57,55	4
	Excision de tumeur :		
07175	bénigne ou kyste ou conjonctivo-chalazis	57,30	5
07179	maligne, excision simple	292,15	6
07180	maligne, excision avec greffe	579,20	6
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	381,10	6
07406	Symbélépharon ou ankyloblépharon, technique simple	112,85	4
	Symbélépharon :		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	363,15	5
07407	excision avec greffe	514,85	7
	Réparation de plaie traumatique :		
07433	suture simple de la conjonctive	57,30	5
07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	399,70	6
07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	218,80	6
APPAREIL LACRYMAL			
07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	123,85	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	128,75	4
07252	Dacryocystectomie	602,40	6
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	759,25	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	107,75	4
07054	ectropion	107,75	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	28,10	4
07151	Implantation d'un clou méatique (maximum 4)	44,95	4
07319	Intubation du canal lacrymal	181,60	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	107,30	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	602,40	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	595,55	7
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	716,90	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	723,40	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	47,20	5
07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	686,55	7

CORPS ÉTRANGER

Extraction d'un corps étranger :

	intra-oculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :		
07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) .	513,70	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	615,65	7
07153	non magnétique	748,00	6
07159	cornéen	57,30	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	742,75	6
07204	conjonctival	16,90	5

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire dans le but d'éliminer une perforation oculaire, sous anesthésie générale.	561,55	6
	NOTE : Ne peut pas s'ajouter à un autre acte chirurgical sur le même oeil.		

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique, ou les deux	688,25	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	820,70	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristallines et/ou de vitré	946,35	10
07456	Cantholyse	137,65	4
	NOTE : Ne peut pas être associé à un autre acte chirurgical au même oeil.		

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	V-2
Règle 1 : Tarification	V-2
Règle 2 : Examens	V-4
Règle 3 : Examen radiologique d'un membre	V-4
Règle 4 : Fluoroscopie	V-4
Règle 5 : Examen du colon	V-4
Règle 6 : Tube digestif supérieur en double contraste	V-4
Règle 7 : Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8 : Nez et sinus	V-5
Règle 9 : Examen de la colonne	V-5
Règle 10 : Pharynx et oesophage	V-5
Règle 11 : Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-5
Règle 12 : Bilatéralité	V-5
Règle 13 : Radiographie dentaire	V-6
Règle 14 : Substances de contraste	V-6
Règle 15 : Angioradiologie et radiologie d'intervention	V-6
Règle 16 : Stéréoscopie	V-6
Règle 17 : Consultation exceptionnelle	V-7
Règle 18 : Tarification	V-7
Règle 19 : Rapport	V-7
Règle 20 : Tomographie par ordinateur et résonance magnétique	V-7
Règle 21 : ANGIO-IRM / ANGIO-TDM	V-8
Règle 22 : Révision	V-8
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-9
TABLEAU DES HONORAIRES	V-13
Tête et cou	V-14
Colonne et bassin	V-15
Membres supérieurs	V-15
Membres inférieurs	V-16
Études du squelette	V-16
Thorax	V-16
Abdomen	V-17
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-17
Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-19
Obstétrique et gynécologie	V-19
Fluoroscopie diagnostique	V-20
Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-20
Divers	V-21
Mammographie	V-23
Angioradiologie (technique)	V-26
Angioradiologie (interprétation)	V-27
Tomographie par ordinateur	V-28
Protocole 1 - concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-33
Angio-IRM	V-34
Cardiaque	V-36

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- # **AVIS** : *Sur la Demande de paiement – Médecin (1200), toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT.*

Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes renseignements.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606), sauf indication contraire aux tarifs.*

Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le rôle 7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la section Établissement, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

Angio-TDM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

#	<u>AVIS</u> : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.	
+	NOTE : En angio-TDM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.	
+ 08441	Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1)	67,50
	Examen vasculaire :	
08434	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
	NOTE : L'acte codé 08434 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08258, 08259 ou 08290 le même jour, pour le même patient, dans le même établissement. Toutefois, de façon exceptionnelle, les actes codés 08258 ou 08259 pourraient être facturés chez le même patient, le même jour, dans le même établissement, si effectués à une séance différente, dans l'un des établissements désignés suivants :	
	- Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHAUQ)	
	- Hôpital Notre-Dame (CHUM)	
	- Hôpital Fleurimont (CHUS)	
	- Hôpital général de Montréal et	
	- Hôpital neurologique de Montréal (CUSM)	
08435	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,00
	NOTE : L'acte codé 08435 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08260 ou 08261.	
08436	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,00
D	NOTE : L'acte codé 08436 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263 ou 08437 à la même séance.	
08437	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux	105,00
D	NOTE : L'acte codé 08437 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268, 08269 ou 08436 à la même séance.	

R = 7 R = 1

	08438	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)	160,00
D		NOTE : L'acte codé 08438 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268, 08269, 08436, 08437 ou 08441 à la même séance.	
		Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :	
	08439	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,00
D		NOTE : L'acte codé 08439 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08436 ou 08438 à la même séance.	
	08440	Examen des membres supérieurs ou inférieurs.	135,00
D		NOTE : L'acte codé 08440 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08276 ou 08277 à la même séance.	

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Protocole I concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir la Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

AVIS : *Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique, consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet MÉDECINE DE LABORATOIRE.*

08570	Tête (PG-7)	105,40
08571	Cou (PG-7)	112,00
08590	Sein uni ou bilatéral.	150,00
08572	Thorax (PG-7)	140,80

NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut pas être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.

08591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation « I »	35,00
-------	---	-------

NOTE : L'acte codé 08591 identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.

R = 7 R = 1

08573	Abdomen (PG-7)	140,80
08574	Pelvis (PG-7)	140,80
08575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7) ..	112,00
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7) (1*)	104,50
08577	deux segments (PG-7) (1*)	131,30
08578	trois segments (PG-7)	176,60

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire, sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.

+ NOTE : En angio-IRM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12.
Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

+ 08449 Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1) 67,50

08442 Examen vasculaire région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité) 105,00

NOTE : L'acte codé 08442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08570.

AVIS : (**1***) Pour la facturation des actes 08576 ou 08577, inscrire le ou les segments dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		R = 7	R = 1
08443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)		105,00
	NOTE : L'acte codé 08443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08571.		
08444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) .		105,00
	NOTE : L'acte codé 08444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08445 ou 08572.		
08445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux.		105,00
	NOTE : L'acte codé 08445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08573 ou 08574.		
08446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)		160,00
	NOTE : L'acte codé 08446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08445, 08447 08449, 08572, 08573 ou 08574.		
08447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire : thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) .		105,00
	NOTE : L'acte codé 08447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08446 ou 08572.		
08448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00
	NOTE : L'acte codé 08448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08575.		

S

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section ainsi que le service médical 08449 peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

D

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu
- Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*