



**MANUEL
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
(n° 100)**

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec



Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

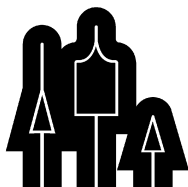
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-48077-8 (PDF)



MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

MISE À JOUR 76
MARS 2013

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

Amendement n° 125, document officiel et changements d'ordre administratif

Amendement n° 125

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Paragraphe 1.4 : le troisième alinéa est remplacé (*prend effet le 1^{er} janvier 2012*)
Page : A-6
- Le paragraphe 2.2.6 B est remplacé (*prend effet le 15 janvier 2012 sauf pour la partie portant sur la téléconsultation qui prend effet le 1^{er} octobre 2012*)
Pages : A-14 et A-15

B - CONSULTATION ET EXAMEN

- La note sous le code d'acte 15188 est remplacée (*prend effet le 1^{er} février 2012*)
- Une note est ajoutée sous le code d'acte 09069 (*prend effet le 1^{er} février 2013*)
- Une note est ajoutée sous le code d'acte 09077 (*prend effet le 1^{er} février 2013*)
- La rubrique Intervention clinique est remplacée par : Intervention clinique (individuelle ou collective) (*prend effet le 15 janvier 2012*)
- Le titre de la rubrique Psychothérapie est remplacé par : Psychothérapie (individuelle ou collective) (*prend effet le 1^{er} février 2012*)
Pages : B-7, B-14 à B-17

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Au préambule particulier : modification à la fin du troisième alinéa de l'article 1 et à la fin du cinquième alinéa de l'article 2 (*prend effet le 1^{er} février 2012*)

Pages : B1-2 et B1-3

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Ajout de la section Échographie ciblée d'urgence (*prend effet le 1^{er} novembre 2012*)

Page : C-51

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

- Un entête et un libellé sont ajoutés à la suite du code d'acte 01417 (*prend effet le 1^{er} février 2013*)

Page : F-13

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

- À la rubrique Genou, dans la sous-rubrique intitulée Arthroplastie est aboli le code d'acte 02497 qui est remplacé par la sous-rubrique Arthroplastie de remplacement et de nouveaux codes d'acte : 18160, 18161, 18162, 18163 et 18015 (*prend effet le 1^{er} février 2013*)

- La note sous le code d'acte 02393 est remplacée (*prend effet le 1^{er} février 2013*)

Page : G-35

P - GYNÉCOLOGIE

- Abolition des codes d'acte : 06398 et 06399 sous la rubrique Divers (*prend effet le 1^{er} février 2013*)

- Ajout de nouveaux codes d'acte et libellés sous la rubrique Divers (06464, 06980, 06981, 06982 et 06983) (*prend effet le 1^{er} février 2013*)

Page : P-7

Q - OBSTÉTRIQUE

- À l'article 11 du préambule particulier, un alinéa est ajouté à la fin du premier alinéa (*prend effet le 1^{er} février 2013*)

Page : Q-6

Document officiel

B - CONSULTATION ET EXAMEN

- La tarification de base actuelle pour la facturation des services décrits à l'article 2.2 du Préambule général est majorée et remplacée par la Lettre d'entente n^o 259

Pages : B-2, B-3, B-9, B-10, B-12 et B-14

Autres changements d'ordre administratif

INTRODUCTION

- Modification administrative

Page : 1

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives

Pages : 1, 23 à 26, 39 à 42 et 44

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages n^{os} 171, 249 et 381

Pages : 7, 9 et 13

- Modification du message n^o 442

Page : 15

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modifications administratives

Pages : A-1, A-5 à A-7 et A-26

B - CONSULTATION ET EXAMEN

- Modifications administratives

Pages : B-1, B-17 et B-19

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Modifications administratives

Pages : C-1 et C-50

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

- Modifications administratives

Pages : F-1 et F-9

Q - OBSTÉTRIQUE

- Modification administrative

Page : Q-8

MANUELS ET FORMULAIRES

- Modifications administratives

Pages : 1 et 2

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 210 / 2012-11-28, 218 / 2012-12-05, 223 / 2012-12-12, 224 / 2012-12-12, 226 / 2012-12-19 et 259 / 2013-02-05

LÉGENDE

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

- # Corrections d'ordre administratif

- + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-48077-8

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



INTRODUCTION

Le Manuel des médecins omnipraticiens vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie et sur les modalités de facturation pour les professionnels rémunérés à l'acte.

À cet égard, il contient notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement et les dispositions tarifaires. Celles-ci comportent les préambules, la nomenclature des actes et leur tarif ainsi que des renseignements d'ordre administratif.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Internet de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

À sa demande, le médecin omnipraticien pourra recevoir gratuitement une version papier des manuels et brochures nécessaires à sa pratique. Les mises à jour papier de ces publications lui seront par la suite transmises par la poste une fois l'an. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuels et formulaires* de ce manuel.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, veuillez consulter les coordonnées de **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique Internet :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ
--

MAJ = Mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier

MMMM 20AA = Mois et année de la publication de la mise à jour

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les deux derniers chiffres de l'année.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

. **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

. **00** est une modification effectuée en vertu d'une entente du comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;

. **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'amendement relatif à l'entente générale.

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Pour références ultérieures, nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour.

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. ENTENTE : <i>Voir la Brochure n° 1</i>	
2. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES, À LA VACATION OU AU TARIF HORAIRE : <i>Voir la Brochure n° 2</i>	
3. A) MESURES INCITATIVES : <i>Voir la Brochure n° 3</i>	
4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (rémunération à l'acte)	
4.0 AVANT-PROPOS	1
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	1
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	2
4.2.1 Identité de la personne assurée	2
4.2.1.1 Carte d'assurance maladie	2
4.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	2
4.2.1.3 Modèles de carte	3
4.2.1.4 Vérification de la carte (validité)	5
4.2.2 Médecin ayant fourni les services assurés	7
4.2.3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin	8
4.2.4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires	9
4.2.4.1 Document complémentaire	10
4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs	11
4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (lettre « Q »)	12
4.2.5 Établissement	14
4.2.6 Facturation des actes	15
4.2.6.1 Anesthésie (<i>rôle 2</i>) (anesthésiste principal)	17
4.2.6.2 Anesthésie (<i>rôle 3</i>) (anesthésiste collaborateur)	18
4.2.6.3 Anesthésie (<i>mod 37</i>) (remplaçant en cours d'intervention)	19
4.2.6.4 Anesthésie (<i>mod 130</i>) (suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire)	20
4.2.6.5 Modificateurs (<i>voir aussi annexe II à 4.6.2</i>)	21
4.2.6.6 Intervention en situation complexe au service d'urgence	22
4.2.7 Cas spécial; cas de la CSST; distance	27
4.2.8 Visites	29
4.2.9 Total des honoraires	30
4.2.10 Signature	30
4.3 EXPÉDITION	30
4.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE	31
4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE : <i>voir la Brochure « Services de laboratoire en établissement » et l'onglet « Formulaires » du présent manuel</i>	32
4.6 ANNEXES (<i>I à V</i>)	32
4.6.1 Annexe I : Liste des rôles	32
4.6.2 Annexe II : Liste des modificateurs	32
4.6.3 Annexe III : Lettres s'appliquant à la case CS et leur signification	44
4.6.4 Annexe IV : Numéro d'établissement	46

	<i>Page</i>
4.6.5 Annexe V : Remboursement des frais de déplacement	48
4.6.5.1 Rémunération à l'acte	48
4.6.5.2a) Formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement (n° 1988) »	50
4.6.5.2b) Description du formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement (n° 1988) »	51
4.7 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE	1
4.7.1 Liste des localités	5
5. PAIEMENT (rémunération à l'acte)	
5.1 MODE DE PAIEMENT	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
5.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
5.3.1 Le retour d'erreur à l'agence	1
5.4 ÉTAT DE COMPTE	2
5.4.1 Description	3
5.4.2 Vérification des paiements	7
5.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	7
5.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	7
5.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	7
5.5.3 Paiement refusé en partie	7
5.5.4 Paiement refusé en totalité	7
5.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	8
5.7 CODES DE TRANSACTIONS	9
5.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT	10
6. MESSAGES EXPLICATIFS	1
6.1 MESSAGES EXPLICATIFS / ASSURANCE RESPONSABILITÉ	2
6.2 MESSAGES EXPLICATIFS / SERVICES MÉDICAUX	5

	<i>Page</i>
7. DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
A- Préambule général	
B- Consultation et examen	
# B-1 Activités cliniques préventives	
C- Actes diagnostiques et thérapeutiques	
D- Préambule particulier, anesthésie-réanimation	
E- Chirurgie, préambule particulier	
F- Peau-phanères - tissu cellulaire sous-cutané	
G- Appareil musculo-squelettique, préambule particulier	
H- Système respiratoire	
J- Système cardiaque	
K- Système lymphatique et hématopoïétique	
L- Système digestif	
M- Appareil urinaire	
N- Appareil génital mâle	
P- Gynécologie	
Q- Obstétrique, préambule particulier	
R- Appareil glandulaire	
S- Système nerveux, préambule particulier	
T- Appareil visuel	
U- Appareil auditif	
V- Radiologie, préambule particulier	
8. FORMULAIRES	1

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (Formulaire n° 1200)

4.0 AVANT-PROPOS

- # - La Régie met à la disposition de tous les médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement - Médecin (acte)* (n° 1200).
 Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Les coordonnées complètes pour la transmettre sont indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.
- Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et nécessaire à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.
 - **Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**
 - Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la **machine à écrire** ou en **lettres moulées**.
 - Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.
 - Incrire les dates selon le système international, i.e. **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi, le 23 mars 2003 s'écrit 03-03-23.
 - **Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).**

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		①		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR PH CODE		R MOD UNITES HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR I SEXE		⑥	
ADRESSE		EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL	
INIT NOM DU MÉDECIN		②		⑦	
NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		③		ANNÉE MOIS JOUR VISITES	
SON NUMÉRO		ANNÉE MOIS JOUR		CODE NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		④		⑧	
CODE		⑤		TOTAL	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.		⑩		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

1. Identité de la personne assurée;
2. Médecin ayant fourni les services assurés;
3. Professionnel ayant requis des services d'un médecin;
4. Diagnostic et renseignements complémentaires;
5. Code de l'établissement, du cabinet ou de la localité où les services sont fournis;
6. Actes (et les visites facturées avec un modificateur);
7. Date de l'accident, de l'événement ou du retrait préventif (CSST), C.S., distance;
8. Visites, i.e. examens et consultations;
9. Total des honoraires demandés;
10. Signature du médecin ayant fourni 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 de correspondance relative à cette dernière.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

4.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Remarque : Le mot « **Bénéficiaire** » est remplacé par l'expression « **Personne assurée** » aux endroits appropriés.

Section conçue pour recevoir, outre l'adresse, tous les éléments figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

- Numéro d'assurance maladie;
- Prénom et nom à la naissance;
- Nom de l'époux (facultatif) et/ou N° séquentiel de la carte;
- Expiration (date d'expiration de la carte : année-mois);
- Date de naissance : année, mois, jour;
- Sexe : « F » pour féminin; « M » pour masculin;
- Adresse : numéro de la porte et nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), nom de la ville ou du village et le code postal.

0000 ■■■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
BENP 4807 0816

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE **Pierre Bénéficiaire**

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIELS DE LA CARTE **03** **2008 07**

DATE DE NAISSANCE **48 07 08 M**

ADRESSE/COUDE POSTAL **100 rue Fictive, Québec** **G9W9W9**

PROFESSEUR RÉFÉRANT **G,9 W 9 W 9**

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

SPÉCIMEN

TOTAL

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

4.2.1.1 Carte d'assurance maladie

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie **valide**.

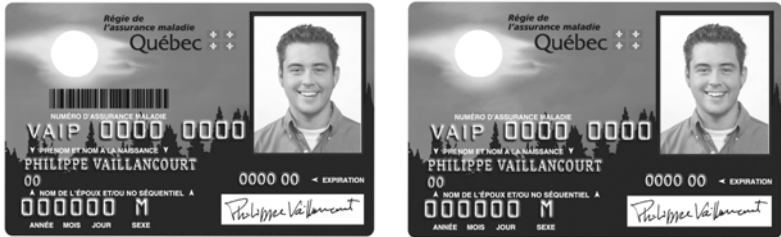
4.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

1. Le numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. Le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
3. Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
4. La date d'expiration de la carte;
5. La date de naissance et le sexe;
6. Photographie ou signature;
7. Hologramme;

4.2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés. Il est important de valider **la date d'expiration** avant de rendre des services assurés.

Remarque : Veuillez noter que depuis le 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.

a) **AVEC PHOTO** et **SIGNATURE**

Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) **SANS PHOTO** et **SANS SIGNATURE**

Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus;
- Personne assurée hébergée en établissement;
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et **sa signature** pour raison d'ordre médical;

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour raison d'ordre médical.

4.2.1.4 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**

1- Vérification de la photo et la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800*.

2- Vérification de la date d'expiration

- a) Si la date d'expiration est postérieure à la date des services

Utiliser l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

- b) Si la date d'expiration est antérieure à la date des services

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

- a) L'enfant est âgé de moins d'un an :

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

° **Exception** : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **toujours** inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.* (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);

- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (**ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

- # b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :
- inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, **ne pas inscrire** les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire le numéro d'assurance sociale si disponible dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
 - inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S. (**SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**).
- c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à la section 4.6.4, sous-section II, « Système de codification des établissements » :
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.
- d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :
- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
 - inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.
- e) Personne en provenance d'un pays étranger 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 le programme confié à la Régie par le MSSS :
- vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
 - inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.
- En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence. (**Ne pas remettre** de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800*).
- # f) La personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service :
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;
 - inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance et sexe de l'accusé).

g) Service professionnel à la demande du coroner :

- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;
- de plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 *Identité de la personne assurée* les coordonnées suivantes :
 - nom de famille : **DO**
 - prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
 - date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**
 - sexe : **M** ou **F**

2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie de la *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* qui le concerne et le remet à la personne qui le remplit et le fait parvenir à la Régie. (Voir section 4.4)

4.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS

- INITIALE : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres**⁽¹⁾ est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un médecin de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

Le médecin qui désire obtenir un numéro de compte administratif individuel ou adhérer à un groupe existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire n° 3006 « Demande de compte administratif et avis de pratique en groupe ». Il ne doit utiliser un numéro de compte administratif (individuel ou collectif) sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

(1) : Avant le 31 mars 2009, le numéro de compte comportait 4 chiffres, le médecin peut continuer à utiliser ce numéro à 4 chiffres pour sa facturation. Toutefois, à l'état de compte la Régie ajoutera automatiquement un « 0 » devant les 4 chiffres du n° de compte.

4.2.3 SECTION 3 PROFESSIONNEL AYANT REQUIS DES SERVICES DU MÉDECIN

En plus d'une consultation, d'un examen radiologique, d'un transfert et du mentorat en obstétrique, la nomenclature de certains actes exige l'identification du professionnel ayant demandé les services (Ex. : Code **06914**, sous l'onglet « Q - Obstétrique »).

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		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			ANNÉE	MOIS
	DATE DE NAISSANCE			JOUR	PHI
	ADRESSE			CODE	TI
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			MOD.	UNITÉS
	SON NUMÉRO			VISITES	HONORAIRES
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			C.S.	DISTANCE
	CODE DU DIAGNOSTIC			TOTAL	
	ÉTABLISSEMENT			JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
	DATE D'ENTRÉE			SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

Exemple de remplissage :
 - PROFESSIONNEL RÉFÉRANT : R. Durand
 - SON NUMÉRO : 1,7,9,7,3,5
 - CODE DU DIAGNOSTIC : 0000

Cette partie comporte les éléments suivants :

- PROFESSIONNEL RÉFÉRANT : l'initiale du prénom et le nom au complet;
- SON NUMÉRO : le numéro d'inscription du médecin à la Régie (1XXXXX), du dentiste (2XXXXX), de l'optométriste (3XXXXX), de l'infirmière praticienne spécialisée (81XXXX), de la sage femme (93XXXX) qui a demandé des services.

Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrivez son nom et prénom dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et dans la case SON NUMÉRO le numéro du professionnel soit le 6XXXXX pour un médecin, le 8XXXXX (sauf 81XXXX) pour un optométriste ou le 7XXXXX (sauf 74XXXX) pour un dentiste. Si le professionnel ne détient pas de numéro à la Régie, veuillez utiliser le 111111 pour un médecin, le 211111 pour un dentiste ou 311111 pour un optométriste dans cette même case.

4.2.4 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

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

ANNÉE MOIS JOUR TR/A CODE ACTES AL MOIS UNITÉS HONORAIRES

DATE DE NAISSANCE ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE ANNEE MOIS JOUR EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES CODE NOMBRE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

5 7 4 2

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

LE CERTIFIÉ 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

Le professionnel de la santé doit préciser dans cette case l'heure du début et l'heure de la fin de tout acte anesthésique pour lequel il demande paiement (voir l'exemple de facturation d'une anesthésie figurant à la section 4.2.6 sous le présent onglet).

Par ailleurs, tout renseignement jugé nécessaire ou utile doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement, tel les soins d'urgence, ou lorsqu'exigé par le libellé de l'acte ou par un **AVIS**.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire n° 1944, « Document complémentaire »; inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et joindre le document à la demande de paiement (voir 4.2.4.1, à la page suivante).

4.2.4.1 Document complémentaire - Considération spéciale (Formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de l'assurance maladie Québec			
NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ <div style="text-align: center;">①</div>	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ <div style="text-align: center;">②</div>	NUMÉRO DU GROUPE <div style="text-align: center;">③</div>	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT <div style="text-align: center;">④</div>
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE <div style="text-align: center;">⑤</div>	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE <div style="text-align: center;">⑥</div>	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR <div style="text-align: center;">⑦</div>	

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin (comme il est inscrit sur son imprimante) ayant fourni les services;
2. N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : N° du médecin (7 chiffres);
- # 3. NUMÉRO DU GROUPE : numéro du compte administratif assigné par la Régie, s'il y a lieu (*voir définition du GROUPE à l'article 4.2.2 - Section 2*);
4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros concernés et joindre une copie à chaque demande à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
5. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE : prénom au complet et nom de famille à la naissance;
6. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
7. DATE DU SERVICE : inscrire la 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 le bloc DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre 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 ou d'explications, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint.

4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

La Demande de paiement - Médecin n° 1200, se rédige comme suit :

- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : le code ZZZZ01010112;
- C.S. : la lettre « **A** »;
- DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro d'assurance maladie des personnes assurées traitées et l'heure de début et de fin du traitement s'il y a lieu. Si l'espace est insuffisant utiliser le *Document complémentaire n° 1944*;
- UNITÉS : selon la nomenclature de l'acte, indiquez **soit le nombre de personnes traitées** (ex. : code **00780**) **ou le nombre de périodes** (ex. : code **09057**);
- HONORAIRES : le calcul des honoraires doit être effectué selon le nombre de personnes traitées **ou** le nombre de périodes (voir les exemples **A** et **B**).

A : Code **00780** : Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques ... 5,20 \$ par heure, par patient.

Calcul = **3 heures** de traitement pour **2 personnes** : 3 X 5,20 X 2 = 31,20 \$

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 2002 0989	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ZZZZ 01010112		Régie de l'assurance maladie Québec																								
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		RIT.		CODE		ACTES		MOD.		UNITES		HONORAIRES								
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1		2		0		1		0		00780		1		0		0,2		31,20						
	DATE DE NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		SEX		EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL														
	ADRESSE																												
	INIT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.S.		DISTANCE										
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES		A												
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES																								
	CLOD 3160 0919 BENE 4127 0818 (9 h à 12 h)																												
																							TOTAL 31,20						
ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.																					
CODE				ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE													

B : Code **09057** : Conseil génétique ou génique, par période de 30 minutes

Calcul = **une seule période** pour **2 personnes** : 1 X 30 min = 51,75 \$

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 2002 0989	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ZZZZ 01010112		Régie de l'assurance maladie Québec																								
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		RIT.		CODE		ACTES		MOD.		UNITES		HONORAIRES								
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1		2		0		1		0		09057		1		0		0,1		51,75						
	DATE DE NAISSANCE				ANNÉE		MOIS		JOUR		SEX		EXPIRATION DE LA CARTE		CODE POSTAL														
	ADRESSE																												
	INIT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO		GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.S.		DISTANCE										
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES		A												
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES																								
	CLOD 3160 0919 BENE 4127 0818																												
																							TOTAL 51,75						
ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.																					
CODE				ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE													

Remarque : Pour les agences de facturation, voir Manuel de facturation informatisée.

4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (LETTRE Q)

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

La lettre « **Q** » permet au médecin qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plusieurs fois à une personne assurée soit **au cours de la même séance ou de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre « **Q** » doit être inscrite **sur la deuxième** demande de paiement et **toute demande subséquente** nécessaire pour facturer la répétition du service concerné. Elle ne remplace pas l'emploi du modificateur **094** (séances différentes) lorsqu'il s'applique au service facturé.

EXEMPLE 1

1^{re} demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ABCD 5662 0419		Régie de l'assurance maladie Québec													
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0869	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	9	3	0	0	1	22:60
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	EXPIRATION DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
	ADRESSE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	CODE POSTAL			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
	INT. NOM DU MÉDECIN			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NUMÉRO			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
	GROUPE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	DATE DE L'ACCIDENT			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO			DATE DE L'ACCIDENT			VISITES	CODE	NUMÉRO						
			1, 2, 3, 4, 5, 6														
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC														
Absès : dos, fesse, bras droit et bras gauche																	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										TOTAL		45:20					
ÉTABLISSEMENT			DATE DE SORTIE														
CODE			DATE D'ENTRÉE														
6, 2, 0, 1, 4																	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE												EXEMPLAIRE DU MÉDECIN					

2^e demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ABCD 5662 0419		Régie de l'assurance maladie Québec													
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0869	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	9	3	0	0	1	11:30
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	EXPIRATION DE LA CARTE			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
	ADRESSE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	CODE POSTAL			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
	INT. NOM DU MÉDECIN			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	NUMÉRO			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
	GROUPE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PR	CODE	ACTES	UNITES	HONORAIRES						
	DATE DE L'ACCIDENT			1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	11:30	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO			DATE DE L'ACCIDENT			VISITES	CODE	NUMÉRO						
			1, 2, 3, 4, 5, 6														
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC														
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										TOTAL		11:30					
ÉTABLISSEMENT			DATE DE SORTIE														
CODE			DATE D'ENTRÉE														
6, 2, 0, 1, 4																	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE												EXEMPLAIRE DU MÉDECIN					

EXEMPLE 2

1^{re} demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 0989

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

ANNEE MOIS JOUR PH. CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

INTE. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES CODE NOMBRE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNEE MOIS JOUR 1 2 0 1 12 00097 0,1 50:90

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC 1 2 0 1 13 00056 0,1 28:10

1 2 0 1 12-12-12-13-13-13-13 00005 0,7 93:45

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 172:45

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

ÉTABLISSEMENT
CODE DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR
0 9 9 9 1

2^e demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 0989

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

ANNEE MOIS JOUR PH. CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

INTE. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES CODE NOMBRE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNEE MOIS JOUR 1 2 0 1 10 00005 0,1 13:35

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 13:35

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

ÉTABLISSEMENT
CODE DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR
0 9 9 9 1

4.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT

Régie de l'assurance maladie Québec									
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE									
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE									
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCANDINAVE DE LA CARTE									
DATE DE NAISSANCE									
ADRESSE									
INTE. NOM DU MÉDECIN									
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT									
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES									
ACTES									
DATE DE L'ACCIDENT									
TOTAL									
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS									
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE									

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 252 0999

02,4,3,3 | 1,1,0,4,0,5 | 1,1,0,4,0,9

CODE : inscrire soit le code **d'établissement, de localité ou de cabinet** 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 (4.6.4), sous le présent onglet**)

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, sauf s'il s'agit d'un point de service d'un CLSC soumis à une entente particulière.

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.

- DATE D'ENTRÉE, inscrire la date d'entrée à l'établissement (année, mois, jour) si la personne assurée est admise.
- DATE DE SORTIE, inscrire la date de sortie de l'établissement (année, mois, jour) s'il y a lieu.

Code de localité : Celui-ci est requis dans tous les cas où les services sont fournis ailleurs qu'en établissement sauf dans le cas d'une clinique médicale qui a obtenu un code de cabinet. Les codes de localité figurent à la fin du présent onglet (voir 4.7.1)

Code de cabinet : 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 (clinique-réseau, GMF, pratique de groupe)

IMPORTANT : Lorsqu'un **acte chirurgical** est effectué en établissement, inscrire le **code d'établissement et non le code de localité** où se situe l'établissement en question.

4.2.6 SECTION 6 FACTURATION DES ACTES

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

0809 030 1200 1300 DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR P.H. CODE ACTES MOD UNITÉS HONORAIRES

1 2 0 1 1 0 05269 1 0 5 0 0 436'00

ANNÉE MOIS JOUR EXPIRATION DE LA CARTE

1 2 0 1 1 0 01156 1 0 5 0 11'35

ANNÉE MOIS JOUR SEXE I

ANNÉE MOIS JOUR CODE POSTAL

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR C.C. DISTANCE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

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

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 447'35

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

Les actes autres que les examens ou les consultations pour lesquels le médecin demande des honoraires. Cependant, les **codes d'examens ou de consultations** pour lesquels s'applique un **modificateur** doivent être inscrits dans cette section.

Si le médecin réclame des honoraires pour un seul **code d'acte**, il l'inscrit sur la **première ligne**. Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants, s'il y a lieu :

- ANNÉE, MOIS, JOUR : date de l'acte (six chiffres);
- P.H. : les plages horaires applicables à la rémunération mixte et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de minuit 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 minuit (soir)	4

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.

Remarque : En rémunération mixte, tous les services doivent être facturés dans la section **Actes** de la demande de paiement.

Pour celui qui ne travaille pas en rémunération mixte, ne rien inscrire dans cette case.

- CODE : code de l'acte, quatre ou cinq chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- RÔLE : (R : un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'annexe I (4.6.1);
- MODIFICATEUR : (MOD : trois chiffres) : voir l'annexe II (4.6.2) du présent onglet;

- 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, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
 - de l'acte anesthésique 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 - Anesthésie - Réanimation**
- HONORAIRES : Les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu des dispositions relatives à la rémunération différente, au modificateur, ainsi qu'au nombre total d'unités :
 - de l'acte chirurgical tarifé par centimètre en indiquant le nombre d'unités de mesure (longueur ou surface en centimètres en nombre entier);
 - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance par quart d'heure rémunérable;
 - de la thérapie psychiatrique en indiquant la durée totale en demi-heures.

Remarque : Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1000 \$ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte ni visite.

4.2.6.1 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 2) « anesthésiste principal »

Réf. : Règle 6.03 du préambule particulier de l'anesthésie

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec												
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	PHI	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES				
NOM DE L'ÉPOUX/ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1	2	0	1	1	0	05269	2	0 1 4	207,90			
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	EXPIRATION DE LA CARTE									
ADRESSE				CODE POSTAL												
INT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO				GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT						
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES	CODE	NUMÉRO
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC												
Début : 9 h 30				Fin : 11 h 45				SPÉCIMEN		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL ▶		207,90		
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE		SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.										
CODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE									

Les valeurs de base et de durée s'expriment en unités. Cette unité a une valeur monétaire uniforme à laquelle doit s'appliquer la rémunération majorée, s'il y a lieu.

Pour chacune des huit premières périodes (2 heures), on alloue une unité. Puis, deux unités, de la 9^e à la 19^e période (moins de cinq heures). À partir de la 20^e période, on calcule trois unités par période.

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE : **2** (anesthésiste principal)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

- Calcul des unités : (selon l'exemple ci-haut)

- Code **05269** = **4 unités** de base
- Durée = 9 h 30 à 11 h 45 = 9 quarts d'heure ou **10 unités** de durée
- Total des unités = 4 + 10 = 14

HONORAIRES : **14 X 14,85 \$ = 207,90 \$**

Remarque : Pour le calcul des unités de durée, voir le « tableau de correspondance » figurant à la fin de l'onglet *D - Anesthésie - Réanimation*.

4.2.6.2 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 3) « collaborateur »

(Règle 10 du préambule particulier de l'anesthésie)

#

0000		NUMERO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PAI		CODE ACTES	MOD. UNITÉS HONORAIRES
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		06261 3	0 1 4 178:20
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		EXPIRATION DE LA CARTE	
ADRESSE		CODE POSTAL		DATE DE L'ACCIDENT	
PRAT. NOM DU MÉDECIN		NUMERO		GROUPE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMERO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
Début : 9 h 30		Fin : 11 h 45		TOTAL 178:20	
CODE ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
SIGNATURE DU MEDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE : 3 (anesthésiste collaborateur)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit inscrire dans la case UNITÉS le nombre total d'unités (de base et de durée), tout **en ne calculant les honoraires que pour la moitié des unités de base selon le maximum prévu** et le total des unités de durée.

NOTE : Pour le calcul des unités de durée : voir le tableau de correspondance, à la fin de l'onglet D - Anesthésie - Réanimation.

- Calcul des unités : (selon l'exemple ci-haut)
- Code 06261 = 4 unités de base
- Durée = 9 h 30 à 11 h 45 : 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée
- Total des unités = 4 + 10 = 14 (base + durée)

HONORAIRES : La moitié des unités de base (maximum de 4) :

2 unités + 10 unités = 12
 12 X 14,85 \$ = 178,20 \$.

4.2.6.3 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod 037) « remplaçant en cours d'intervention »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 11.02

#

0000												NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE											
Régie de l'assurance maladie Québec																							
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE												ACTES											
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCANDINAVE DE LA CARTE												AN. MOIS JOUR PH. CODE											
DATE DE NAISSANCE												1 2 0 1 0 1 0 5 2 6 9 2 0 3 7 0 0 5											
ADRESSE												UNITS HONORAIRES											
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE |												74 25											
AN. MOIS JOUR																							
EXPIRATION DE LA CARTE																							
CODE POSTAL																							
INT. NOM DU MÉDECIN												DATE DE L'ACCIDENT											
NUMÉRO												AN. MOIS JOUR											
GROUPE												C.C. DISTANCE											
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT												VISITES											
SON NUMÉRO												CODE											
AN. MOIS JOUR												SCHEDE											
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												TOTAL											
Début : 9 h 30												74 25											
Fin : 11 h 45																							
Remplacement à 10 h 45																							
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN																							
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.																							
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																							

On ne calcule **que les unités de durée**. Pour ce faire, il faut **soustraire des unités totales, (base + durée), les unités du prédécesseur**.

Dans l'exemple :

14 unités totales - 9 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant. Celui-ci doit inscrire le modificateur **037**.

4.2.6.4 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod 130) « Suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 12.1

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR		MOD. UNITÉS HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		1 2 0 1 1 0 2 0 9 4 1 9 2 0 4 4 6 5 3 4 0	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		1 2 0 1 1 0 3 0 9 4 1 9 2 1 3 0 0 6 0 8 9 1 0 0	
RIT. NOM DU MÉDECIN		ANNÉE MOIS JOUR		1 2 0 1 1 0 4 0 9 4 1 9 2 1 3 0 0 3 6 5 3 4 6 0	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ANNÉE MOIS JOUR		VISITES	
Début : 7 h		ANNÉE MOIS JOUR		CODE	
Fin : 20 h		ANNÉE MOIS JOUR		NOMBRE	
TOTAL		ANNÉE MOIS JOUR		2 0 7 9 0 0	

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première plage horaire.

Sur la deuxième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la plage horaire subséquente en utilisant le modificateur **130**.

Sur la troisième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la dernière plage horaire en utilisant le modificateur **130**.

CALCUL DES HONORAIRES :

Code **09419** = 11 unités de base
 Durée = 52 quarts d'heures ou 129 unités de durée
 Total des unités = 11 unités de base + 129 unités de durée = 140 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (11 unités) + unités de durée de 7 h à 12 h (33 unités) = 44 unités
 44 unités X 14,85 \$ = 653,40 \$

Honoraires pour la suite de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 17 h (93 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (33 unités) = 60 unités. 60 X 14,85 \$ = 891,00 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 20 h (129 unités) moins les unités de durée du début de la suite de l'opération (33 + 60 = 93 unités) = 36 unités. 36 X 14,85 \$ = 534,60 \$

4.2.6.5 SECTION 6 MODIFICATEURS

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

Remarque : Voir section **4.6.2**, ANNEXE II pour la **liste complète** des modificateurs, ainsi que pour les **instructions de facturation** « MODIFICATEURS MULTIPLES ET AUTRES SITUATIONS ».

RÈGLE GÉNÉRALE :

- Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison appropriée figurant sous le titre « Modificateurs multiples » de l'annexe II. N'inscrire le modificateur **062 ou 099** qu'en l'absence d'un tel modificateur multiple (*).

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ANNEXE IX DE L'ENTENTE (art. 5.3) :

- Si le modificateur **061** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062(*)** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ARTICLE 1.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **096 ou 097** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062(*)** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT LE SOUS-PARAGRAPHE 2.2.9 B DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **108** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place - Certains établissements* (E.P. n^o 43), inscrire le modificateur **523**.
- Si le modificateur **413** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place - Certains établissements* (E.P. n^o 43), inscrire le modificateur **872**.
- Si le modificateur **414** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'*Entente particulière garde sur place - Certains établissements* (E.P. n^o 43), inscrire le modificateur **873**.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS :

Si le modificateur **105, 106, 107, 401, 402 ou 403** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062(*)** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

(*) Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4.2.6.6 SECTION 6 - Intervention en situation complexe au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré (actes **15064** et **15068**).

Réf. : règle 2.2.6 C point 3) du préambule général.

GÉNÉRALITÉS :

Inscrire dans la section **Actes** le code **15064** ou **15068** en utilisant **une seule ligne** par intervention.

Les valeurs de durée s'expriment en unités. Cette unité a une valeur monétaire uniforme à laquelle doit s'appliquer la rémunération majorée, s'il y a lieu.

- # Pour la première période de 30 minutes, on alloue **une première unité** dont les honoraires sont de **94,35 \$**. Pour chacune des périodes de 15 minutes suivantes, on alloue **une unité** dont les honoraires sont de **26,20 \$**. Le code **15064** a une durée maximale d'intervention de 1 h 30 (**5 unités**), alors que le code **15068** a une durée maximale de 1 h 45 (**6 unités**). Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps, même pour la première demi-heure. Il faut inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS.

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire **l'heure de début de la première intervention**.

Utiliser le **modificateur 187** si vous effectuez une nouvelle intervention auprès d'un patient **afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence** (le même jour ou le jour suivant le premier séjour).

Si vous effectuez vos interventions au cours de plages horaires ou jours différents, veuillez n'utiliser qu'une seule demande de paiement. Le modificateur applicable au moment de la facturation de la première unité devra être utilisé pour les unités subséquentes. N'utilisez qu'une seule ligne de facturation.

4.2.6.6.1 Intervention auprès d'un patient au service d'urgence d'un établissement désigné à l'E. P. Garde sur place - Certains établissements.

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 9 h 30 à 10 h 30.

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 0999	0000	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec											
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	PK	CODE	ACTES	UNITS	HONORAIRES			
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1	2	0	1	1	0	5	0	0	3	66,04
	DATE DE NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	SEXE	EXP. DE LA CARTE						
	ADRESSE				ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE POSTAL							
	INIT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO	GROUPE	DATE DE L'ACCIDENT				VISITES				
	PROFESSIONNEL RÉFÉRENT				SON NUMÉRO										
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC										
Début : 09 h 30											TOTAL	66,04			
ÉTABLISSEMENT								JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS							
DATE D'ENTRÉE				DATE DE SORTIE				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE							

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire l'heure de début de la première intervention.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10

CODE : inscrire le code 15064 et n'utiliser qu'une seule ligne de facturation.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur applicable au jour et à l'heure de la 1^{re} unité à facturer.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités payables correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 9 h 30 à 10 h 30 = 1 heure = 1 demi-heure et 2 quarts d'heure
- Total des unités payables = 1 + 2 = 3

HONORAIRES :

$$(1 \text{ unité à } 94,35 \$) + (2 \text{ unités suivantes à } 26,20 \$) = 94,35 \$ + 52,40 \$ = 146,75 \$ \times 45 \% (\text{MOD } 105) = 66,04 \$$$

4.2.6.6.2-A Poursuite d'une intervention le même jour (même séjour à l'urgence)

- # Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2013-01-10 de 0 h à 1 h.
 Au cours du **même séjour à l'urgence**, vous poursuivez l'intervention le **même jour** de 2 h 30 à 3 h 30.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM ALIX NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES MOD. UNITÉS HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1 3 0 1 1 0		15064 1 0 9 7 0 0 5 193 18	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS		EXPPIRATION DE LA CARTE	
ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE I					
ADRESSE		CODE POSTAL			
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
PROFESSIONNEL REFERANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
				ANNÉE MOIS JOUR	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
Début : 0 h					
				TOTAL 193 18	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

La demande de paiement se rédige comme suit :

Utiliser une seule demande de paiement.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire l'heure de début de la première intervention.

DATE (aa-mm-jj) = 13-01-10

CODE : inscrire le code **15064** et n'utiliser **qu'une seule ligne**.

MODIFICATEUR : Inscrire le modificateur applicable au jour et à l'heure de la 1^{re} unité à facturer.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 0 h à 1 h (1^{re} demi-heure + 2 quarts d'heures) **puis** 2 h 30 à 3 h 30 (4 demi-heures) = 2 heures (1 demi-heure et 6 quarts d'heure)
- Total des unités = 7
- Unités **payables** = 1 + 4 = 5 (**maximum de 4 périodes supplémentaires payables selon le P.G. 2.2.6 C) 3**)

HONORAIRES :

(1 unité à 94,35 \$) + (4 unités suivantes à 26,20 \$) =
 94,35 \$ + 104,80 \$ = **199,15 \$ X 97 % (MOD 097) = 193,18 \$**

Remarque : Les mêmes instructions de facturation s'appliquent pour le code d'acte **15068**. Toutefois un maximum de 5 périodes supplémentaires sera payable selon le P.G. 2.2.6 C) 3) (maximum de 6 unités au total).

4.2.6.6.2-B Poursuite d'une intervention un jour différent dans un établissement désigné à l'E. P. Garde sur place - Certains établissements. (même séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 22 h à 23 h.
 Au cours du **même séjour à l'urgence**, vous poursuivez l'intervention un **jour différent**, le 2012-01-11, de 2 h 30 à 2 h 45.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PH		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉSISTRIEL DE LA CARTE		1 2 0 1 1 0		15064 1 1 0 6 0 0 4	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		UNITÉS	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		77,83	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE		EXPIRATION DE LA CARTE		HONORAIRES	
ANNÉE MOIS JOUR		CODE POSTAL			
PRÉNOM ET NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
ANNÉE MOIS JOUR		GROUPE		ANNÉE MOIS JOUR	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
ANNÉE MOIS JOUR		CODE		NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		TOTAL	
Début : 22 h		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		77,83	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

La demande de paiement se rédige comme suit :

Utiliser une seule demande de paiement.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire l'heure de début de la première intervention.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10 uniquement

CODE : inscrire le code 15064 et n'utiliser qu'une seule ligne pour les 2 périodes d'intervention.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités payables correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités :

- Durée = 22 h à 23 h **puis** 2 h 30 à 2 h 45 = 1 heure 15 minutes = 1 demi-heure et 3 quarts d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 3 = 4

HONORAIRES :

(1 unité à 94,35 \$) + (3 unités suivantes à 26,20 \$) =
 94,35 \$ + 78,60 \$ = 172,95 \$ X 45 % (MOD 106) = 77,83 \$

Remarque : Lors de la poursuite d'une intervention le jour suivant, le médecin a le choix de réclamer les unités non utilisées le premier jour ou de réclamer les actes effectués.

Lorsque les unités pour une même intervention sont réclamées sur plus d'une journée, le médecin responsable ne peut réclamer aucun autre acte au cours de ces journées.

4.2.6.6.3 Nouvelle intervention le même jour ou le jour suivant dans un établissement désigné à l'E. P. Garde sur place - Certains établissements. (autre séjour à l'urgence)

Situation : Intervention auprès d'un patient au service d'urgence le 2012-01-10 de 13 h à 14 h.

Au cours d'un **nouveau séjour à l'urgence**, vous effectuez une **autre** intervention le **même jour (ou le jour suivant)** de 17 h 30 à 18 h 15.

Utiliser le **modificateur 187** pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		1,2,0,1,1,0		15064 1 1 0 6 0 0 3	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		UNITÉS HONORAIRES	
1,2,0,1,1,0		15064 1 6 9 1 0 0 2		66,04	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE	
1,2,0,1,1,0		15064 1 6 9 1 0 0 2		54,25	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
DATE DE L'ACCIDENT		ANNÉE MOIS JOUR		CLASSE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		ANNÉE MOIS JOUR	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
Séjour : Début 13 h		Séjour : Début 17 h 30		TOTAL	
CODE		ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE	
DATE D'ENTRÉE		ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 120,29

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire **l'heure de début de la première intervention de chaque séjour**.

DATE (aa-mm-jj) = 12-01-10 (si la nouvelle intervention est le jour suivant, inscrire la date correspondante).

CODE : séjour n° 1 = **15064** et l'inscrire sur **une seule ligne**.
séjour n° 2 = **15064** et l'inscrire sur **une nouvelle ligne**.

MODIFICATEUR : Inscrive le modificateur multiple approprié (**sur la ligne correspondante à la nouvelle intervention**). Dans l'exemple, le modificateur applicable au jour et à l'heure de la facturation de la première intervention correspond au MOD **106**. Pour le combiner avec le MOD **187**, on utilise le MOD multiple **691**.

UNITÉS : inscrire le nombre d'unités **payables** correspondant à la durée totale de l'intervention.

Calcul des unités du séjour # 1 :

- Durée Acte n° 1 = 13 h à 14 h = 1 heure = 1 demi-heure et 2 quarts d'heure
- Total des unités payables = 1 + 2 = 3

Calcul des unités du séjour # 2 :

- Durée Acte n° 2 = 17 h 30 à 18 h 15 = 45 minutes = 1 demi-heure et 1 quart d'heure
- Total des unités **payables** = 1 + 1 = 2

HONORAIRES :

- Acte n° 1 = **(1 unité à 94,35 \$) + (2 unités suivantes à 26,20 \$) = 94,35 \$ + 52,40 \$ = 146,75 \$ X 45 % (MOD 106) = 66,04 \$**
- Acte n° 2 = **(1 unité à 94,35 \$) + (1 unité suivante à 26,20 \$) = 94,35 \$ + 26,20 \$ = 120,55 \$ X 45 % (MOD 691) = 54,25 \$**
- **TOTAL = 66,04 \$ + 54,25 \$ = 120,29 \$**

4.2.7 SECTION 7 Date de l'accident, de l'événement ou du retrait préventif, C.S., distance

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 202 0969

0000 NOMBRE D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR

EXPIRATION DE LA CARTE

CODE POSTAL

ANNEE MOIS JOUR PH. CODE

ACTES N. MOD. UNITES HONORAIRES

DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE VISITES

CODE INCRÈME

8 2 4 3

1 2 0 1 1 0 S 0 2 0 17:20

00012 0,1 69:35

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 86,55

SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SI CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

#

CONSIDÉRATION SPÉCIALE : inscrire la ou les lettres appropriées dans la case C.S. lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'annexe III (4.6.3) sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (article 1.1.2 du préambule général), y inscrire la lettre « **N** », fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case HONORAIRES.
- Dans tous les autres cas, indiquer par la lettre « **A** » dans la case C.S., la présence de notes explicatives sur la demande de paiement n° 1200, ou sur un document complémentaire.
- Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), voir section 5.5.4 ou 5.6, onglet « Paiement ».
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrivez les lettres représentant les situations prioritaires dans la case C.S. et inscrivez la lettre « **A** » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case C.S. comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

1) CAS DE LA CSST : Pour les services imputables à la CSST, inscrire la lettre « **S** » dans la case C.S. et dans la case libre à gauche de la case C.S., la date de l'accident, ou de l'événement ou, dans le cas du retrait préventif, la date où le médecin a complété le formulaire recommandant le retrait préventif auprès de la CSST.

Si, lors d'une visite, vous établissez deux diagnostics dont l'un relève de la CSST, vous devez alors obligatoirement inscrire la lettre « **S** » dans la case C.S. et le diagnostic de la pathologie ou de la lésion relative à la CSST dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (en lettres ou selon le code CIMA dans l'espace approprié de la demande de paiement concernée par ce diagnostic). Si au cours de cette même visite, vous effectuez des actes n'ayant pas de relation avec l'accident de travail (exemple : cure d'hyposensibilisation), vous devez alors facturer ces actes sur une autre demande de paiement.

Les codes d'acte non reconnus par la CSST et facturés avec un « **S** » dans la case CS sont refusés et doivent être refacturés **sans** cette considération spéciale spécifique.

Lorsque le même diagnostic figure sur les deux demandes de paiement, la Régie considère qu'il s'agit de services reliés et imputables à la CSST. **Toutefois, l'utilisation de deux demandes de paiement ne doit pas être interprétée comme donnant droit à la facturation de deux examens ou visites.**

- 2) **DISTANCE** : indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en **kilomètres dans un sens seulement**. Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant. Ce montant doit correspondre au tarif régulier prévu à l'entente. Cependant, il n'est pas assujéti à l'application de la rémunération différente.

4.2.8 SECTION 8 VISITES

Cette section permet de demander le paiement des visites (i.e. examens et consultations) **sans modificateur**. Aucun autre acte que les visites ne peut être facturé dans cette section.

Dans le cas d'une facturation de plus d'une visite de contrôle le même jour, inscrire le même quantième (date) dans la case JOUR, autant de fois que le nombre de visites effectuées.

Ne jamais remplir la case JOUR d'une autre façon que celle illustrée dans l'exemple.

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec																											
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE												ANNÉE		MOIS		JOUR		PH		CODE		ACTES		R.		MOD.		UNITES		HONORAIRES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO ESCRIBENTEL DE LA CARTE												ANNÉE		MOIS		JOUR		SEXE		ZONE		MOIS		ANNÉE		EXP. DE LA CARTE		CODE POSTAL			
DATE DE NAISSANCE												ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.D.		DISTANCE					
ADRESSE												ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		C.D.		DISTANCE					
INT.				NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO				GROUPE				DATE DE L'ACCIDENT				ANNÉE		MOIS		JOUR		C.D.		DISTANCE			
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		VISITES		CODE		NOMBRE		HONORAIRES					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES												ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE		NOMBRE		HONORAIRES			
1,2												0,1		10		00002		0,1		45:90											
1,2												0,1		11, 12		00012		0,2		138:70											
SPÉCIMEN												EXEMPLAIRE DU MÉDECIN												TOTAL		184:60					
												ÉTABLISSEMENT												DATE D'ENTRÉE		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE SORTIE		ANNÉE		MOIS		JOUR
CODE												SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS																			
DATE D'ENTRÉE												SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																			

Si le médecin réclame les honoraires d'un seul **code d'acte**, il doit l'inscrire sur la **première ligne**.

Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants :

- ANNÉE, MOIS, JOUR: la date de l'acte pour un même code d'acte. Les quantités (dates) sont inscrits dans la case JOUR; **un maximum de sept quantités (dates) par ligne peut y être inscrit;**
- CODE: le code de l'acte;
- NOMBRE: le nombre de jours à inscrire dans cette case doit correspondre au(x) quantième(s) (date(s)) mentionné(s) dans la case JOUR;
- HONORAIRES: les honoraires correspondant soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas.

4.2.9 SECTION 9 TOTAL DES HONORAIRES

TOTAL : inscrire la somme des honoraires figurant dans les cases HONORAIRES.

Les honoraires d'une demande de paiement ne peuvent être reportés sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

4.2.10 SECTION 10 SIGNATURE

La demande de paiement doit être signée par le médecin qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec l'article 4.02 du règlement n° 1 concernant la *Loi sur l'assurance maladie*. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Remarque : Les estampes ainsi que l'écriture en lettres moulées ne sont pas acceptées.

4.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du médecin et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux éventuelles demandes de renseignements de la Régie.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement.

Ne pas surcharger les enveloppes.

Affranchir suffisamment

Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Expédier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec QC G1K 7B4

4.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(Formulaire n° 1800)

Remarque : Le guide de rédaction de la partie à remplir par le médecin est fourni avec ce formulaire (voir copie jaune).

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE											
0000 ■■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE										A L'USAGE DE LA RÉGIE	
PRÉNOM ET NOM DE LA MARIÉE NOM DE PÉROUX ET/OU DES ÉPILÉTIQUES DE LA CARTE										ACTES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE		MOIS		JOUR		SEX		ANNÉE	
ADRESSE				EXPIRATION DE LA CARTE				R		MOIS	
C.O.D.E. POSTAL				ANNÉE				JOUR		UNITES	
PNT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO				GROUPE		HONORAIRES	
DATE DE L'ACCIDENT				ANNÉE				MOIS		JOUR	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOIS	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC				ANNÉE		MOIS	
DATE DE L'ACCIDENT				ANNÉE				MOIS		JOUR	
C.O.D.E. POSTAL				C.S.				DISTANCE		VISITES	
C.O.D.E. POSTAL				C.O.D.E.				NOMBRE		TOTAL	
C.O.D.E.				ÉTABLISSEMENT				DATE DE SORTIE			
ANNÉE				MOIS				ANNÉE			
MOIS				JOUR				ANNÉE			
MOIS				JOUR				ANNÉE			
SE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.											
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE											

SPÉCIMEN

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré*.

- Vérifiez que le médecin a bien signé la partie du haut et qu'il a soigneusement inscrit les renseignements requis.
- Trouvez dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le médecin.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- **Vous carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- **Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- **Vous carte d'assurance maladie est expirée :**
- **Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso afin de déterminer les actions à entreprendre dans votre situation.
- **Vous carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :**

Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée

NOM

PRÉNOM

NUMÉRO RUE

APP. VILLE

PROVINCE Québec CODE POSTAL

Adresse pour l'envoi du chèque

MÈME PERSONNE RESPONSABLE INSTITUTION RESPONSABLE

NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE

NUMÉRO RUE

APP. VILLE

PROVINCE CODE POSTAL

Signature de la personne assurée

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

MÈRE PÈRE AUTRE : X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :
NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

ANNÉE MOIS JOUR

TELEPHONE AU DOMICILE (NO REGIONAL)

TELEPHONE AU TRAVAIL (NO REGIONAL)

4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE : voir la brochure *Services de laboratoire en établissement et l'onglet Formulaires du présent manuel.*

4.6 ANNEXES (I À V)

4.6.1 ANNEXE I - LISTE DES RÔLES

RÔLE 1 : Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue une consultation en radiologie

RÔLE 2 : Anesthésiste

RÔLE 3 : Anesthésiste collaborateur

RÔLE 4 : Médecin assistant

RÔLE 7 : Médecin responsable des composantes techniques et professionnelles pour radiologie, audiométrie et les épreuves de fonction respiratoire

RÔLE 8 : Médecin responsable de l'interprétation seulement, pour audiométrie; pneumologue responsable de l'interprétation des épreuves de fonction respiratoire.

4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS

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

ENTENTE

Annexe V (*Entente, dans le présent manuel*)

Préambule général

RÈGLE 1.4 :

- Actes réclamés entre 20 h à 24 h, lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée **MOD 096**
- Actes réclamés pour une période de garde de 0 h à 8 h lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée. **MOD 097**
- Pour identifier le forfait de garde sur place divisible en heure réclamé en raison d'un transfert ambulancier de 0 h à 8 h **MOD 381**

- # RÈGLE 2.2.9 A i) : Majoration d'honoraires de 13 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée.** Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 408**

- # RÈGLE 2.2.9 A ii) : Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, **le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée.** Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 409**

RÈGLE 2.2.9 A iii : Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise ou hébergée dans un CHSGS (secteur autre qu'une unité de soins intensifs ou coronariens), dans un CH de soins psychiatriques, dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse, les samedi, dimanche ou journée fériée . Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit	MOD 045
RÈGLE 2.2.9 A iv : Majoration d'honoraires de 30 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement d'une personne admise dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS, les samedi, dimanche ou journée fériée . Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit et les forfaits prévus à l'E.P. soins intensifs ou coronariens	MOD 069
RÈGLE 2.2.9 B i : Majoration de 13 % de tous les services dispensés le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h , à l'exception d'une journée fériée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 413
RÈGLE 2.2.9 B ii : Majoration de 23 % de tous les services dispensés le vendredi de 20 h à 24 h , à l'exception d'une journée fériée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 414
RÈGLE 2.2.9 B iii : Majoration de 30 % de tous les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 108
RÈGLE 2.2.9 B iv : Majoration de 13 % de tous les services dispensés sur place tous les jours de 0 h à 8 h , dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré	MOD 415
RÈGLE 2.2.9 C : Majoration de 4 % des examens effectués auprès d'un malade ADMIS en soins de courte durée d'un CHSGS.	MOD 127
RÈGLE 2.4.3 : Plus d'un médecin qui donne les soins du nouveau-né (50 % de l'honoraire global)	MOD 382
RÈGLE 2.4.7.3 A :	
# - Supplément d'honoraires équivalent à 46 % du tarif applicable, dans le cas d'un service médical immédiatement requis, pour une assistance chirurgicale les samedi, dimanche ou journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h	MOD 011
- Supplément d'honoraires équivalent à 46 % du tarif applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis les samedi, dimanche ou journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h	MOD 175
RÈGLE 2.4.7.3 B :	
- Supplément de 113 % des honoraires pour une anesthésie dispensée de 0h à 7h, tous les jours	MOD 128
- Supplément de 63 % des honoraires pour une anesthésie dispensée les samedi, dimanche ou journée fériée de 7h à 24h et tout autre jour de 19 h à 24 h	MOD 129

RÈGLE 2.4.7.3 C :

- Majoration d'honoraires de 13 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 408**

- Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » **MOD 409**

- Majoration d'honoraires de 23 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise ou hébergée dans un CHSGS (secteur autre qu'une unité de soins intensifs ou coronariens), dans un CH de soins psychiatriques, dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse, les samedi, dimanche ou journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit **MOD 045**

- Majoration d'honoraires de 30 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement d'une personne admise dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS, les samedi, dimanche ou journée fériée. Sont visés par cette disposition les examens, consultations, constatations de décès et le transfert ambulancier paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que le tarif global pour la rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit et les forfaits prévus à l'E.P. soins intensifs ou coronariens. **MOD 069**

RÈGLE 2.4.7.10 : Prime de responsabilité de 15,6 % applicable sur tous les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou d'un centre de détention. Exception faite des forfaits de garde en disponibilité. **MOD 015**

RÈGLE 2.9 : Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans **MOD 060**
 - En médecine et chirurgie **MOD 063**
 - En anesthésie (unité de base seulement)

Consultations et visites

ACTES MÉDICAUX (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 (*annexe XIII*) **MOD 032**

INTERVENTION EN SITUATION COMPLEXE : Indique qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence. MOD 187
Remarque : *Le modificateur 187 doit s'inscrire seulement sur la ligne correspondant à la nouvelle intervention auprès d'un patient.*

Actes diagnostiques et thérapeutiques

ARTICLE 1.3 du Préambule particulier : Plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique au cours d'un examen ou d'une consultation. MOD 050

ACTES MÉDICAUX :

- **Traitement physiatrique** : Plus d'un traitement effectué au cours d'une même séance. Le premier est facturé selon le maximum prévu et les honoraires pour les subséquents sont de 0 \$ (voir **Lettre d'entente n° 8, brochure n° 1**). MOD 035

- **Blocage thérapeutique** : avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques MOD 052

- **Angiographie** : en vue de l'étude d'un pontage artériel et/ou de fistules artério-veineuses MOD 016

Anesthésie - réanimation

ARTICLE 7.00 du Préambule particulier : lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. MOD 047

ARTICLE 11.00 du Préambule particulier : médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique MOD 037

ACTES MÉDICAUX : lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie MOD 036

Chirurgie - préambule particulier

ARTICLE 2 - Examens ou consultations :

Pour les examens ou consultations du médecin qui effectue une chirurgie à une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour. MOD 179

ARTICLE 4 - Soins simultanés MOD 022

ARTICLE 5 - Soins post-opératoires :

- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires MOD 024
 - Le médecin qui donne les soins postopératoires MOD 025

ARTICLE 8 - Chirurgies multiples :

Plusieurs actes chirurgicaux chez un même malade, par le même chirurgien, au cours d'une même séance MOD 050

Peau - phanères

ACTES MÉDICAUX : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie pour le traitement d'une verrue est faite au **laser** MOD 056

Musculo-squelettique - préambule particulier

PARAGRAPHE 2.04 :

- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires MOD 024

- Le médecin qui donne les soins postopératoires MOD 025

- Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant. MOD 027

PARAGRAPHE 2.05 :

- Fracture de plusieurs os majeurs	MOD 010
- Fractures d'un os majeur ou d'un os mineur ou plusieurs os mineurs . . .	MOD 050
- Deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par voies d'approche différentes . . .	MOD 049
- Deux fractures sont en relation avec une articulation	MOD 029

PARAGRAPHE 2.06 :

- Traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte	MOD 039
- S'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments	MOD 020

PARAGRAPHE 2.09 :

- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD 030
- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD 064
- Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction	MOD 169

PARAGRAPHE 2.13 :

- Toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales au niveau des membres, 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

PARAGRAPHE 2.14 :

- 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
---	---------

AUTRES ACTES MÉDICAUX

- Atelles fabriquées à l'hôpital	MOD 067
- Réductions ouvertes (fracture de la colonne)	
- Avec lésion neurologique	MOD 057
- Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin	MOD 058
- Temps chirurgical autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin	MOD 059

Système cardiaque

# Supplément de 326 \$ lors d'une chirurgie valvulaire pour l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum	MOD 140
---	---------

Génital mâle

Vasectomie (<i>code 06232</i>), composante technique en cabinet privé	MOD 053
--	---------

Obstétrique

ARTICLE 4 du préambule particulier :

- Plus d'un médecin qui donne les soins post-partum (50 % de l'honoraire global)	MOD 382
- Le médecin qui donne les soins postopératoires	MOD 025

ARTICLE 10 - Mentorat	MOD 400
---------------------------------	---------

ARTICLE 11 - Partage de la rémunération de l'accouchement ou de l'ensemble des soins (2/3 du tarif)	MOD 383
---	---------

Radiologie diagnostique

RÈGLE 3 du Préambule particulier: radiographies de régions bilatérales faites pour étude non comparative **MOD 074**

RÈGLES 7, 8, 10, 11 et 17 du Préambule particulier: Présence d'informations 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**

ANGIORADIOLOGIE (TECHNIQUE) Services rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans **MOD 066**

ACTES MÉDICAUX : 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**
 - En cabinet. **MOD 008**

Annexe IX, Par. 5.3 (Entente, Brochure n° 1)

- Dans un **service d'urgence** d'un CLSC du réseau de garde intégré, sauf lorsque le modificateur 096, 097, 105, 106, 107, 401, 402 ou 403 s'applique **MOD 061**

- Si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106, 107, 401, 402 ou 403 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, sauf si un modificateur multiple peut être utilisé **MOD 062**

Annexe XVIII : (Entente, Brochure n° 1)**Par. 2.01**

- Rémunération à 46,60 % du tarif **MOD 125**

Par. 3.01a

- Rémunération à 46,60 % du tarif **MOD 171**

Annexe XX : (Entente, Brochure n° 1)**Par. 4.01**

- Majoration de 13 % sur les services dispensés du lundi au jeudi, de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée. **MOD 410**

- Majoration de 23 % sur les services dispensés le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée **MOD 411**

- Majoration de 23 % sur les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée, de 8 h à 24 h **MOD 046**

- Majoration de 30 % sur les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée, de 8 h à 24 h dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau (lieu physique unique) **MOD 412**

LETRES D'ENTENTE (voir Brochure n° 1)**N° 131 : Stage de ressourcement (pour compenser les frais de cabinet)**

- Majoration de 198 \$ par journée de stage **MOD 152**

- Majoration de 99 \$ par demi-journée de stage **MOD 153**

N° 188 : É.V.A.Q - Stage de ressourcement ou formation en néonatalogie (pour compenser les frais de cabinet)

- Majoration de 198 \$ par journée de stage **MOD 122**

- Majoration de 99 \$ par demi-journée de stage **MOD 123**

# N° 223 : La rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins omnipraticiens	
- Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès	MOD 990
- Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle	MOD 991
- Pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né, était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction	MOD 993
- Pour déterminer la décision qui devrait être prise dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé	MOD 994
- Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé	MOD 996

ENTENTES PARTICULIÈRES (voir Brochure n° 1)

Garde sur place – Certains établissements

Régime A

- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h	MOD 106
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h	MOD 105
- Du lundi au vendredi, samedi, dimanche ou journée fériée (au-delà de 24 h)	MOD 107
- Pour identifier le forfait de garde sur place divisible en heure réclamé en raison d'un transfert ambulancier	MOD 381

Régime B

- Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h	MOD 401
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h	MOD 402
- Du lundi au vendredi, samedi, dimanche ou journée fériée (au-delà de 24 h)	MOD 403

Malades admis - CHSGS

- Rémunération à 46,60 % du tarif - Régime A (paragraphe 4.02 et 4.03)	MOD 126
- Majoration de 10 % du forfait (paragraphe 4.09.1 et P.G. règle 2.2.9 A).	MOD 045
- Majoration de 10 % du forfait régulier : Régime A (09778), Régime B (19018). Situation de pénurie d'effectifs	MOD 145
- Rémunération à 77,80 % du tarif - Régime B (paragraphe 4.02 et 4.03)	MOD 151

Anesthésie

- Pour les services rendus dans un service d'urgence en semaine de 7 h à 8 h et de 16 h à 17 h, à l'exception des jours fériés	MOD 028
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, 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, 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

Clinique-réseau	
- Services médicaux dispensés durant une période de garde sans rendez-vous (articles 3.01 e) et f))	MOD 176
- Services médicaux dispensés sur rendez-vous (article 3.01 g))	MOD 180
Soins intensifs ou coronariens	
- Rémunération à 45 % du tarif (articles 5.05 et 5.06)	MOD 177
Centre de médecine de jour	
Rémunération à 65 % du tarif (article 5.02)	MOD 190
Rémunération à 45 % du tarif (article 5.02)	MOD 191
Unité de décision clinique	
Établissement adhérent au Régime A	
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h	MOD 106
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h	MOD 105
- En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (au-delà de 24 h)	MOD 107
Établissement adhérent au Régime B	
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h	MOD 406
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h	MOD 407
# Médecine de famille / Prise en charge / Suivi de la clientèle	
- Pour la facturation des modalités de compensation des frais de cabinet , afin d'identifier que le professionnel exerce dans le cadre des services sans rendez-vous d'un GMF (article 14.1 c))	MOD 160
AUTRES MODIFICATEURS	
- Sites anatomiques différents	MOD 093
- Séances différentes	MOD 094
- Sites anatomiques différents et séances différentes	MOD 095
Remarque : L'un des modificateurs appropriés (093, 094 ou 095) s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés.	
- Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte, sauf MOD 062 , ci-dessus ou un des modificateurs multiples de la liste à la page suivante (*)	MOD 099
(*) Instructions de facturation - Modificateurs 062 ou 099	
1. Inscrire le modificateur 062 ou 099;	
2. Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation des modificateurs;	
3. Indiquer les modificateurs visés à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	

MODIFICATEURS MULTIPLES

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
015 - 045	804	1,4218
015 - 094	805	1,1560
015 - 127	812	1,2022
015 - 045 - 094	375	1,4218
015 - 045 - 127	376	1,4787
015 - 094 - 408	389	1,3062
015 - 094 - 409	392	1,4218
015 - 127 - 408	390	1,3585
015 - 127 - 409	393	1,4787
015 - 408	713	1,3062
015 - 409	722	1,4218
022 - 408	710	1,1300
022 - 409	719	1,2300
045 - 022	550	1,2300
045 - 094	226	1,2300
#045 - 094 - 097	318	1,1931
045 - 094 - 125	305	0,5731
045 - 094 - 126	306	0,5731
045 - 094 - 151	312	0,9569
045 - 094 - 177	354	0,5535
045 - 094 - 179	357	1,2300
#045 - 097	551	1,1931
045 - 125	269	0,5731
045 - 126	273	0,5731
045 - 127	276	1,2792
045 - 145	553	1,3530
045 - 151	295	0,9569
045 - 171	216	0,5731
045 - 177	653	0,5535
045 - 179	803	1,2300
046 - 050	253	0,6150
046 - 093	656	1,2300
046 - 094	225	1,2300
046 - 094 - 180	348	1,2300
046 - 179	600	1,2300
046 - 180	649	1,2300
050 - 093	086	0,5000
#050 - 097	546	0,4850
#050 - 097 - 415	759	0,5481
050 - 105	547	0,2250
050 - 106	548	0,2250
050 - 106 - 108	307	0,2925
050 - 106 - 413	343	0,2543
050 - 106 - 414	344	0,2768
050 - 108	275	0,6500
050 - 108 - 402	380	0,4875
050 - 126	270	0,2330
050 - 176	633	0,5000
050 - 176 - 412	397	0,6500
050 - 177	632	0,2250
050 - 180	654	0,5000
050 - 401	826	0,3750
050 - 402	827	0,3750
050 - 403	828	0,3750
050 - 410	855	0,5650
050 - 411	856	0,6150

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 - 413	867	0,5650
050 - 414	868	0,6150
050 - 415	869	0,5650
061 - 094	210	1,0000
061 - 094 - 108	313	1,3000
061 - 094 - 413	750	1,1300
061 - 094 - 414	751	1,2300
061 - 108	523	1,3000
061 - 413	872	1,1300
061 - 414	873	1,2300
069 - 094	646	1,3000
069 - 126	648	0,6058
093 - 094	095	1,0000
093 - 094 - 180	322	1,0000
093 - 169	524	+110,00 \$ (**)
093 - 175	595	1,4600
093 - 176	634	1,0000
093 - 180	650	1,0000
094 - 096	213	0,5000
094 - 096 - 108	309	0,6500
094 - 096 - 413	345	0,5650
094 - 096 - 414	346	0,6150
#094 - 097	214	0,9700
#094 - 097 - 179	330	0,9700
#094 - 097 - 415	761	1,0961
#094 - 097 - 179 - 415	925	1,0961
094 - 105	234	0,4500
094 - 105 - 179	331	0,4500
094 - 106	235	0,4500
094 - 106 - 108	300	0,5850
094 - 106 - 108 - 179	917	0,5850
094 - 106 - 179	332	0,4500
094 - 106 - 179 - 413	921	0,5085
094 - 106 - 179 - 414	922	0,5535
094 - 106 - 413	341	0,5085
094 - 106 - 414	342	0,5535
094 - 107	236	0,4500
094 - 107 - 415	763	0,5085
094 - 108	274	1,3000
094 - 108 - 179	333	1,3000
094 - 108 - 179 - 402	920	0,9750
094 - 108 - 402	384	0,9750
094 - 108 - 407	765	1,1050
094 - 125	268	0,4660
094 - 126	272	0,4660
094 - 126 - 408	391	0,5265
094 - 126 - 409	394	0,5731
094 - 127	277	1,0400
094 - 151	294	0,7780
094 - 169	525	+110,00 \$ (**)
094 - 171	215	0,4660
094 - 172	573	0,5000
094 - 175	596	1,4600
094 - 176	635	1,0000
094 - 176 - 410	395	1,1300
094 - 176 - 411	396	1,2300
094 - 176 - 412	398	1,3000
094 - 177	637	0,4500

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

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 - 179	647	1,0000
094 - 179 - 401	385	0,7500
094 - 179 - 402	386	0,7500
094 - 179 - 402 - 413	923	0,8475
094 - 179 - 402 - 414	924	0,9225
094 - 179 - 413	754	1,1300
094 - 179 - 414	755	1,2300
094 - 179 - 415	756	1,1300
094 - 180	651	1,0000
094 - 190	806	0,6500
094 - 401	829	0,7500
094 - 402	830	0,7500
094 - 402 - 413	757	0,8475
094 - 402 - 414	758	0,9225
094 - 403	831	0,7500
094 - 403- 415	764	0,8475
094 - 406	819	0,8500
094 - 408	714	1,1300
094 - 409	723	1,2300
094 - 410	853	1,1300
094 - 411	854	1,2300
094 - 413	864	1,1300
094 - 414	865	1,2300
094 - 415	866	1,1300
096 - 108	278	0,6500
096 - 413	870	0,5650
096 - 414	871	0,6150
#097 - 179	200	0,9700
#097 - 179 - 415	762	1,0961
#097 - 187	698	0,9700
#097 - 187 - 415	760	1,0961
#097 - 415	711	1,0961
105 - 179	201	0,4500
105 - 187	690	0,4500
106 - 108	237	0,5850
106 - 108 - 179	329	0,5850
106 - 108 - 187	372	0,5850
106 - 179	202	0,4500
106 - 179 - 413	752	0,5085
106 - 179 - 414	753	0,5535
106 - 187	691	0,4500
106 - 413	862	0,5085
106 - 414	863	0,5535
107 - 415	818	0,5085
108 - 179	203	1,3000
108 - 187	693	1,3000
108 - 381	662	1,3000
108 - 402	832	0,9750
108 - 179 - 402	387	0,9750
108 - 187 - 402	388	0,9750
108 - 407	837	1,1050
125 - 408	715	0,5265
125 - 409	724	0,5731
126 - 408	716	0,5265
126 - 409	725	0,5731
127 - 408	717	1,1752
127 - 409	726	1,2792
151 - 408	718	0,8791
151 - 409	727	0,9569
176 - 179	660	1,0000

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
176 - 179 - 412	399	1,3000
176 - 410	859	1,1300
176 - 411	860	1,2300
176 - 412	861	1,3000
177 - 408	712	0,5085
177 - 409	721	0,5535
179 - 180	661	1,0000
179 - 401	833	0,7500
179 - 402	834	0,7500
179 - 413	813	1,1300
179 - 414	814	1,2300
179 - 415	815	1,1300
187 - 401	835	0,7500
187 - 402	836	0,7500
180 - 410	857	1,1300
180 - 411	858	1,2300
402 - 413	874	0,8475
402 - 414	875	0,9225
403 - 415	816	0,8475
Autres combinaisons	062, 099 (*)	à calculer

(*) : Pour les modificateurs 062 et 099 voir les instructions de facturation à la section 4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS.

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

Instructions de facturation (lorsque plus d'un modificateur s'applique)

1. Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 050 - 093);
2. Inscrire le modificateur multiple (ex. : 086) sur la ligne de service;
3. Multiplier les honoraires de l'acte par la constante, le cas échéant (ex. : 0,50);
4. Inscrire le résultat de la multiplication dans la case *HONORAIRES*.

4.6.3 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 moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- # D :** Personne assurée 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 :**
- requérant des soins urgents;
 - à la suite d'une ordonnance du tribunal;
 - s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée.
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, lorsque rémunérés à l'acte et ce, tel que spécifié à l'Entente, notamment dans certains accords et ententes particulières
- G :** Services payables à 100 % dans les situations suivantes :

Unité de soins coronariens ou intensifs :

En sus du montant du forfait, notamment pour les soins rendus exceptionnellement par un autre médecin que celui qui a la charge du patient à l'unité de soins coronariens ou intensifs, et ce, pour des raisons urgentes et en cas d'absence temporaire du médecin. (*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, articles 4.05 et 5.05 c)*)

Service d'urgence :

Pour tous les services rendus dans **un service d'urgence visé** par l'*Entente particulière relative à la garde sur place* :

- pendant la période de 0 h à 8 h si le médecin a fait le choix de la rémunération exclusive à l'acte (P.G. 1.4 a)) **OU** lorsque le médecin doit se rendre au service d'urgence en dehors de sa période de garde sur place, à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence. (*E. P. Garde sur place à l'urgence, articles 3.02 et 4.04*)

Pour tous les services rendus dans **un service d'urgence non visé** par l'*Entente particulière relative à la garde sur place* :

- pendant la période de 20 h à 24 h ou de 0 h à 8 h si le médecin a fait le choix de la rémunération exclusive à l'acte (P.G. 1.4 a)) **OU** lorsque le médecin ayant opté pour la rémunération prévue à 1.4 b) du Préambule général (forfait et pourcentage des actes) doit retourner au service d'urgence en dehors de sa période de garde sur place, à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence.

- H :** Rémunération à l'acte pour le médecin qui rend des soins simultanés (*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, article 4.04*)

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 inscrire la lettre « **A** » dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case **C.S.** comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

- # **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.
- N** : - Demande d'honoraires additionnels (*voir l'article 1.1.2 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 instructions de facturation, section 3*)
- S** : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST (*voir les instructions de facturation à la section 4.2.7*)
- 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. Inscrite les lettres représentant les situations prioritaires dans la case C.S. et inscrire la lettre « **A** » dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case C.S. comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

4.6.4 ANNEXE IV - NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

I LE NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT (5 CHIFFRES), SE COMPOSE COMME SUIT :

- Le premier chiffre (préfixe) représente la catégorie d'établissement.
- 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
	0XXX5	Section hébergement
	0XXX6	Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (régime A)
	4XXX6	Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (régime B) E.P. soins intensifs ou coronariens
	0XXX7	Clinique d'urgence
	4XXX7	Unité de décision clinique
0XXX8	Département de psychiatrie	
4XXX1	Unité de médecine familiale	
• Centres d'hébergement et de soins de longue durée :	0XXX4	C.H.S.L.D. (Section chronique)
	1XXX5	Hébergement public
	2XXX5	Hébergement privé
• Centres de réadaptation :	1XXX3	Centre de réadaptation physique
	4XXX9	Réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation
• Centres locaux de services communautaires:	9XXX2	C.L.S.C.
	8XXX5	Point de service de certains C.L.S.C.

B- Autres établissements au Québec

• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention
• Agences de la santé et des services sociaux :	94XX9	A.S.S.S.

B- Autres établissements (suite)

- | | | |
|---|--|--|
| • Laboratoires de radiologie diagnostique : | *31XXX
*32XXX
*33XXX | Radiologie générale
Radiologie spécifique exploité par un médecin spécialiste
Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien |
| • Physiatrie : | *34XXX | Clinique de physiothérapie
Cabinet de physiatrie |
| • Cliniques privées : | *51XX2 | Clinique médicale et/ou dentaire |
| • Cabinets d'optométrie : | *52XXX
53XXX | Clinique optométrique |
| • Cliniques (autres) : | *54XXX

55XXX
57XXX

*56XXX | Groupe de médecine familiale (GMF) ou Clinique-réseau

Groupe de médecine familiale (GMF) ou Clinique-réseau ou Clinique médicale

Lettre d'entente n° 57 |

C- Centres hospitaliers hors province

- | | |
|-------------------------------|-------|
| • Terre-Neuve : | 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 |

* *Exception à la codification du numéro*

4.6.5 ANNEXE V - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

4.6.5.1 Rémunération à l'acte (frais de transport et temps de déplacement)

NOTE : Nous vous invitons à consulter notre rubrique Internet *Frais de déplacement*. Vous y trouverez des exemples, des précisions utiles reliées au type de moyen de transport utilisé, etc;

a) Frais de transport

Ceux-ci doivent être facturés sur une demande de paiement identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins.

1. Utilisation du véhicule personnel (sans autre moyen de transport) :

- **Remplir le formulaire** *Demande de paiement - Médecin n° 1200* de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.);

- indiquer dans la case DISTANCE, le déplacement en kilomètres (distance unidirectionnelle).

Remarque : S'il s'agit d'un déplacement à domicile, ou à l'hôpital pour un accouchement ou une césarienne, ou en tout lieu pour l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, veuillez réduire la distance unidirectionnelle des 8 premiers kilomètres (*réf. : P.G. 2.4.2*);

- inscrire le montant correspondant à l'indemnité de déplacement calculée à raison de 0,86 \$⁽¹⁾ le kilomètre dans la case HONORAIRES;

- **Toujours** préciser votre localité de départ dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ.

- le formulaire n° 1988 n'est pas obligatoire; toutefois, il peut être rempli lorsqu'une description détaillée est requise;

Remarque : Reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

2. Moyen de transport autre que le véhicule personnel :

- **remplir le formulaire** *Demande de paiement - Médecin n° 1200* de 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 n° 1988*;

- remplir le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* en y précisant le détail de toutes les dépenses encourues, en identifiant « omnipraticien », en cochant *Acte* comme mode de rémunération et inscrire dans la case prévue à cette fin, le numéro de la *Demande de paiement - Médecin n° 1200* visée par le déplacement;

- attacher au formulaire n° 1988 les pièces justificatives originales (reçus, billets, etc.). Joindre le tout au formulaire n° 1200 **lorsque requis** (voir 4.6.5.2 b). Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne contenant les renseignements relatifs au déplacement.

(1) Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents*. Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/secretariat/frais-deplacement.pdf>

b) Temps de déplacement

1. Utiliser le même formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* sur lequel a été facturé le déplacement correspondant et inscrire le code **09992** dans la section *Actes*;
2. Mode de calcul du temps de déplacement dans le cadre du mécanisme de dépannage

a) Véhicule automobile, taxi, autobus

Le temps de déplacement effectué avec un véhicule automobile doit être calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km}} = \text{temps de déplacement}$$

b) Autre moyen de transport

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 à l'établissement et en revenir est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa a) ci-dessus.

3. Inscrire la date, le nombre d'heures dans la case *UNITÉS* (aller et retour) et le montant demandé dans la case *HONORAIRES*.

AVIS : *Si votre temps de déplacement comporte des minutes (fractions d'heures), vous devez arrondir à l'unité supérieure dans la case UNITÉS, réclamer le montant correspondant au temps réel de déplacement et inscrire le calcul détaillé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le temps de déplacement réclamé ne doit jamais dépasser le maximum permis de 9 heures par trajet.*

4. Taux horaire :

- 85,36 \$ du 1^{er} octobre 2010 jusqu'au 31 mars 2011
- 86,84 \$ du 1^{er} avril 2011 jusqu'au 31 décembre 2011
- 91,24 \$ à compter du 1^{er} janvier 2012

c) Frais de 1 000 \$ ou plus

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. Inscrire la lettre « **A** » dans la case *C.S.* et mettre 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.

Remarque : *Vous pouvez également consulter la rubrique Internet sur les frais de déplacement où vous trouverez de nombreux exemples et un aide-mémoire.*

4.6.5.2 a) Formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* - voir la description à la page suivante.

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

0000 **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	NO DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

Déplacement

LOCALITÉ DE DÉPART	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE
LOCALITÉ D'ARRIVÉE	DATE ANNÉE MOIS JOUR HEURE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.

TEMPUS DE DÉPLACEMENT	NOMBRE D'HEURES FACTURÉES	Taux horaire	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
X	:	=		

MOYENS DE TRANSPORT				MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
DATE ANNÉE MOIS JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT		
			:		
			:		
			:		
			:		
			:		
	Véhicule personnel	KILOMETRAGE	Taux	X	
NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.				MONTANT TOTAL DES FRAIS	

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 pendant les heures qui ont servi à mon déplacement.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE
----------------------------	------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 06/04 COPIE DE LA RÉGIE

4.6.5.2 b) Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*

Ce formulaire comprend neuf (9) 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 votre catégorie de professionnel et spécifier votre mode de rémunération;
- 3. DÉPLACEMENT** : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro. Ces renseignements sont obligatoires. Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

- 4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** : sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés;
- 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT FACTURÉ** : 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 % (voir 4.6.5.1 b) pour le taux horaire); reporter ce montant sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **09992**;
- 6. MOYENS DE TRANSPORT** : indiquer la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé à ce moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle)¹ multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé pour le taux alloué (voir 4.6.5.1 a); reporter le montant total associé aux moyens de transport sur la demande de paiement se rapportant à ce déplacement en utilisant le code d'acte **09991**;
- 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des montants réclamés;
- 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande;
- 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.

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

Obligation de transmettre l'original² de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation et le formulaire n° 1988 dûment rempli avec la demande de paiement n° 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'original² de chacune des pièces justificatives et le formulaire n° 1988 dûment rempli (pendant 5 ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie avec une reproduction de la demande de paiement n° 1200 où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement sans copies de ces documents.

Lorsque requis, 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 QC G1K 7B4

¹ Celle-ci se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité.

² Exception sous certaines conditions pour le **billet électronique** des compagnies d'aviation.

LISTE DES LOCALITÉS

4.7 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

- # Depuis le 1^{er} juin 2003, les médecins omnipraticiens en début de pratique ne sont plus soumis à la rémunération réduite en vertu du décret 1781-93 et des subséquents.
- # Par ailleurs, en vertu de l'annexe XII de l'Entente, une rémunération différente (majorée, notamment à compter des 4^e, 7^e et 20^e années de service) est prévue pour les services fournis dans des territoires désignés par Arrêté du Ministre comme insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. **À compter du 1^{er} octobre 2003, l'Amendement n° 84 a remanié l'annexe XII et introduit l'annexe XII-A qui prévoit aussi une rémunération différente (majorée) dans certains territoires non désignés par Arrêté du Ministre.**
- # Pour les services rendus avant le 1^{er} octobre 2003, il y a lieu de se référer au tableau illustrant les localités à l'aide de lettres. Pour les services rendus à compter du 1^{er} octobre 2003, veuillez vous référer au tableau illustrant les localités à l'aide de chiffres conformément aux dispositions de l'annexe XII.
- # **AVIS** : Voir les textes officiels dans la **Brochure n° 1, ENTENTE, annexes XII et XII-A.**

Tableau 1
REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%)
DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE
Services rendus avant le 1^{er} octobre 2003

Territoire de tarification	Taux (%) de rémunération basé sur le tarif régulier (Tarif régulier = 100 %)
A	<p>Avant le 1^{er} juin 2003 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70 % pour 3 ans à compter de la date du début d'exercice. - 100 % pour service rendu dans un service d'urgence d'une région universitaire. <p>À compter du 1^{er} juin 2003 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 %.
B	<p>Avant le 1^{er} juin 2003 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70 % pour les services rendus Hors établissement pour 3 ans à compter de la date du début d'exercice. - 100 % pour les services rendus en établissement. <p>À compter du 1^{er} juin 2003 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 %.
C	- 100 % (tarif régulier).
C*	<ul style="list-style-type: none"> - 115 % pour les services rendus en établissement dans les municipalités régionales des comtés de Kamouraska, Rivière-du-Loup et Antoine-Labelle, sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1 de la section 1 de l'annexe XII de l'entente. - 120 %, 125 % ou 130 % pour les services rendus en établissement dans les municipalités régionales des comtés d'Antoine-Labelle, sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII de l'entente.
D	<ul style="list-style-type: none"> - 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1 de la section 1 de l'annexe XII de l'entente. - 120 %, 125 % ou 130 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII de l'entente.
E	<ul style="list-style-type: none"> - 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1 de la section 1 de l'annexe XII de l'entente. - 120 %, 125 % ou 130 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII de l'entente.
Z	<ul style="list-style-type: none"> - 115 % - Labrador City (médecins du Québec). - 100 % - Autres localités, Hors-Québec.

Tableau 2
REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%)
DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE
Services rendus à compter du 1^{er} octobre 2003

Territoire de tarification	LIEU	Taux (%) de rémunération basé sur le tarif régulier (Tarif régulier = 100 %)
# 0		- Tarif régulier (100%) sauf pour les services fournis dans certains territoires visés par l'annexe XII-A (105 %, 110 % ou 115 %).
1	Cabinet*	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII. - 125 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux articles 1.2 et 2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 130 %. - 135 % ou 140 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII.
2	Cabinet*	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII. - 125 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux articles 1.2 et 2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 135 %. - 140 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII.
3	Cabinet*	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 130 %.
4	Cabinet*	- 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	Établissement**	- 120 %. - 125 %.- Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 2 de la section 1 de l'annexe XII.

REMARQUE : Voir la signification des astérisques à la page suivante au bas du tableau.

Tableau 2 (suite)

	TERRITOIRE DE TARIFICATION	LIEU	Taux (%) de rémunération basé sur le tarif régulier (Tarif régulier = 100 %)
#	5	Cabinet ou domicile	- 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
		CH, CHSLD, CR et dans tout CLSC	- 120 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII. - 125 % ou 130 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux articles 1.2 et 2 de la section 1 de l'annexe XII.
#	6	Cabinet ou domicile	- 110 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
		CH, CHSLD, CR et dans tout CLSC	- 115 % - Sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.
	7		- 115 % - Labrador City (médecins du Québec).
		Hors-Québec	- 100 % - Autres localités, hors-Québec.

* Les majorations apparaissant aux lignes « Cabinet » s'appliquent pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, dans un CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services dispensés en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché.

** Les majorations apparaissant aux lignes « Établissement » s'appliquent pour les services dispensés dans un centre hospitalier à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché, dans un centre de réadaptation, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement.

4.7.1 Liste des localités

La présente liste a été préparée pour faciliter la rédaction des demandes de paiement en application des dispositions relatives à la rémunération différente (voir l'annexe XII et l'annexe XII-A de votre Entente, dans la *Brochure n° 1*) ou pour la rédaction des demandes de remboursement des mesures incitatives (voir *Brochure n° 3*). Cette liste contient les lettres qui peuvent être encore utiles notamment pour la facturation des services fournis avant le 1^{er} octobre 2003 et aussi pour le remboursement des mesures incitatives. La liste contient également les chiffres illustrant le regroupement des localités selon l'*Amendement n° 84* pour les services rendus à compter du 1^{er} octobre 2003.

Il est à noter que les localités ayant plusieurs subdivisions (village, paroisse, etc.) ont été inscrites sous leur appellation générale. De plus, pour différencier les localités dont le nom est identique à celui d'une autre localité, le nom de leur municipalité régionale de comté respective a été indiqué entre parenthèses.

Le code de localité est composé de 5 chiffres.

Des explications concernant le chiffre après le code sont fournies dans le tableau de la page précédente selon la nouvelle version de l'annexe XII de l'*Amendement n° 84*.

Des explications concernant **la lettre, ou l'astérisque (*)** placé(s) après le code sont fournies dans le tableau illustrant le regroupement des localités avant l'*Amendement n° 84*.

#	Localités	Codes	
	Abercorn	.....63806	B 0
	Acton Vale	.....64011	B 0
	Adstock	.....62448	C 0
	Aguanish	.....69704	E 3
	Akulivik	.....69870	E 3
	Akwesasne (Réserve indienne)	.....66881	B 0
	Albanel	.....69049	D 1
	Alleyn-et-Cadwood	.....68022	C 0
	Alma	.....69325	D 4
	Amherst	.....67559	B 0
	Amos	.....68430	D 1
	Amqui	.....60514	D 1
	Ange-Gardien (Rouville)	.....65202	B 0
	Angliers	.....68324	D 1
	Armagh	.....61512	C 0
	Arundel	.....67436	B 0
	Asbestos	.....63532	C 0
	Ascot-Corner	.....63606	A 0
	Aston-Jonction	.....63306	C 0
	Auclair	.....60906	D 1
	Audet	.....62412	C 0
	Aumond	.....67844	D 1
	Aupaluk (Baie d'Ungava)	.....69864	E 3
	Austin	.....63812	B 0
	Authier	.....68448	D 1
	Authier-Nord	.....68473	D 1
	Ayer's Cliff	.....63732	B 0
	Baie-Atibenne (Maskinonge)	.....64794	B 0
	Baie-Comeau	.....69733	D 1
	Baie-de-la-Bouteille (Matawinie)	.....64791	C 0
	Baie-des-Chaloupes (Antoine-Labelle)	.....66192	C* 5
	Baie-des-Sables	.....60628	D 1
	Baie-d'Hudson	.....69897	E 3
	Baie-du-Février	.....64220	C 0
	Baie-d'Urfe	.....66519	A 0
	Baie-James (sauf Joutel)	.....69802	E 1
	Baie-Johan-Beetz	.....69703	E 3
	Baie-Obaoca - Lac-Cabasta (Matawinie)	.....64396	B 0
	Baie-Saint-Paul	.....61212	C 0
	Baie-Sainte-Catherine	.....69748	C 0
	Baie-Trinité	.....69721	D 1
	Barkmere	.....67434	B 0
	Barnston-Ouest	.....63709	C 0
	Barraute	.....68418	D 1
	Bastican	.....63204	C 0
	Beaconsfield	.....66518	A 0
	Bearn	.....68306	D 1
	Beauceville	.....62340	C 0
	Beauharnois	.....67008	B 0
	Beaulac-Garthby	.....62624	C 0
	Beaupré	.....61708	A 0
	Beaux-Rivages-Lac-des-Écorces- Val-Barrette	.....67634	C* 5
	Bécancour	.....63330	C 0
	Bedford	.....65424	B 0
	Bégin	.....69458	C 0
	Belcourt	.....68411	D 1
	Belle-Rivière (Lac-Saint-Jean-Est)	.....69390	D 1
	Belleterre	.....68308	D 1
	Beloil	.....65701	B 0
	Berry	.....68477	D 1
	Berthier-sur-Mer	.....61422	C 0
	Berthierville	.....64906	B 0
	Béthanie	.....63926	B 0
	Biencourt	.....60702	D 1
	Blainville	.....66308	B 0
	Blanc-Sablon	.....69753	E 3
	Blue-Sea	.....67836	D 1
	Boisbriand	.....66312	B 0
	Boischatel (La Côte-de-Beaupré)	.....61714	A 0
	Bois-des-Filion	.....66306	B 0
	Bois-Franc	.....67846	D 1
	Bolton-Est	.....63809	B 0
	Bolton-Ouest	.....63816	B 0
	Bonaventure	.....60419	D 1
	Bonne-Espérance	.....69755	E 3
	Bonsecours	.....63916	B 0
	Boucher	.....63249	C 0
	Boucherville	.....65612	B 0
	Bouchette	.....67833	D 1
	Bowman	.....67558	C 0
	Brebeuf	.....66378	B 0
	Brigham	.....63824	B 0
	Bristol	.....68006	D 1
	Brome	.....63819	B 0
	Bromont	.....63830	B 0
	Brossard	.....66610	B 0
	Brownsburg-Chatham	.....67412	B 0
	Bryson	.....68016	D 1
	Bury	.....62531	C 0
	Cacouna	.....60831	C* 6
	Cacouna (Réserve indienne)	.....60881	C* 6
	Calixa-Lavallée	.....65714	B 0
	Campbell's Bay	.....68019	D 1
	Candiac	.....66612	B 0
	Caniapiscau	.....69893	E 1
	Cantley	.....68001	C 0
	Cap-Chat	.....60317	D 1
	Caplan	.....60422	D 1
	Cap-Saint-Ignace	.....61414	C 0
	Cap-Santé	.....62919	B 0
	Carignan	.....65602	B 0
	Carleton-Sur-Mer	.....60435	D 1
	Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	.....67892	D 1
	Caspédia	.....60428	D 1
	Causapscal	.....60506	D 1
	Cayamant	.....68026	D 1
	Chambly	.....65605	B 0
	Chambord	.....69010	D 1
	Champlain	.....63205	C 0
	Champneuf	.....68412	D 1
	Chandler	.....60209	D 1
	Chapais	.....69806	E 1
	Charette	.....64328	C 0
	Charlemagne	.....66202	B 0
	Chartierville	.....62504	C 0

Châteauguay	66917	B	0	Dunham	65415	B	0
Château-Richer	61711	A	0	Duparquet	68442	D	1
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	D	1	Dupuy	68464	D	1
Chelsea	67808	C	0	Durham-Sud	64110	C	0
Cheneville	67551	C	0	East Angus	62534	A	0
Chertsey	66119	B	0	East Broughton	62364	C	0
Chesterville	63405	C	0	East Farnham	63826	B	0
Chibougamau	69804	E	2	East Hereford	62501	C	0
Chichester	68038	D	1	Eastmain	69838	E	3
Chisasibi	69842	E	3	Eastman	63901	B	0
Chute-aux-Outardes	69726	D	1	Egan-Sud	67841	D	1
Chute-Saint-Philippe	67642	C*	5	Elgin	66809	B	0
Clarendon	68008	D	1	Entrelacs	66122	B	0
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	D	1	Escuminac	60439	D	1
Clermont (Charlevoix-Est)	61109	C	0	Esprit-Saint	60715	D	1
Cerval	68458	D	1	Farnham	65434	B	0
Cleveland	63526	C	0	Fassett	67501	C	0
Cloridorme	60248	D	1	Ferland-et-Boilleau	69405	C	0
Coaticook	63711	C	0	Ferme-Neuve	67646	C*	5
Collines-du-Basque (Côte-de-Gaspé)	60398	D	1	Fermont	69761	E	1
Colombier	69728	D	1	Forestville	69730	D	1
Compton	62514	C	0	Fort-Coulonge	68029	D	1
Contrecoeur	65725	B	0	Fortierville	62842	C	0
Cookshire-Eaton et Newport	62523	C	0	Fort-Rupert (Waskagheganish)	69834	E	3
Côteau-du-Lac	67107	B	0	Fossambault-sur-le-Lac	62911	A	0
Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent	69751	E	3	Franklin (Le Haut-Saint-Laurent)	66807	B	0
Côte-Saint-Luc	66508	A	0	Franklin (Manicouagan)	69727	D	1
Coucoucacha (Réserve indienne)	63281	C	0	Frelighsburg	65403	B	0
Coulée-des-Adolphe (Denis-Riverin)	60699	D	1	Frontenac	62404	C	0
Courcelles	62439	C	0	Fugereville	68311	D	1
Cowansville	65416	B	0	Gallichan	68444	D	1
Crabtree	65808	B	0	Gaspé	60230	D	1
Danville	63531	C	0	Gatineau	67905	C	0
Daveluyville	63449	C	0	Girardville	6905	D	1
Degelis	60901	D	1	Godbout	69722	D	1
Déléage	67839	D	1	Godmanchester	66814	B	0
Delisle	69330	D	1	Gore	67419	B	0
Delson	66616	B	0	Granby	63912	B	0
Denholm	67819	C	0	Grand-Lac-Victoria (Vallée-de-l'Or)	68479	D	1
Dépôt-Échouani (La-Vallée-de-la-Gatineau)	64998	C	0	Grand-Métis	60634	D	1
Desbiens	69311	D	1	Grand-Remous	67849	D	1
Deschailions-sur-Saint-Laurent	62848	C	0	Grand-Saint-Esprit	63338	C	0
Deschambault-Grondines	62929	B	0	Grande-Rivière	60213	D	1
Deux-Montagnes	67304	B	0	Grande-Vallée	60251	D	1
Disraeli	62634	C	0	Grandes-Piles	63244	C	0
Dixville	63706	C	0	Grenville	67416	B	0
Dolbeau-Mistassini	69038	D	1	Grenville-sur-la-Rouge	67418	B	0
Dollard-des-Ormeaux	66538	A	0	Grosses-Roches	60614	D	1
Doncaster	66381	B	0	Guérin	68328	D	1
Donnacona	62907	B	0	Ham-Nord	62628	C	0
Dorval	66512	A	0	Ham-Sud	62618	C	0
Dosquet	62814	A	0	Hampden	62529	C	0
Drummondville	64137	C	0	Hampstead	66528	A	0
Dudswell	62601	C	0	Harrington	67426	B	0
Duhamel (Papineau)	67552	C	0	Hatley	63726	B	0
Duhamel-Ouest (Témiscamingue)	68303	D	1	Havelock	66804	B	0
Dundee	66811	B	0	Havre-Saint-Pierre	69706	E	2
				Hébertville	69303	D	1
				Hébertville-Station	69304	D	1
				Hemmingford	66802	B	0

Henryville	65302	B	0	La Doré	69042	D	1
Hérouxville	63232	C	0	La Durantaye	61524	C	0
Hinchinbrook	66808	B	0	La Guadeloupe	62446	C	0
Honfleur	61518	B	0	La Malbaie	61114	C	0
Hope	60409	D	1	La Martre	60309	D	1
Hope Town	60411	D	1	La Minerve	67609	B	0
Hors-Québec	60000	Z	7	La Morandière	68450	D	1
Howick	66922	B	0	La Motte	68421	D	1
Huberdeau	67438	B	0	La Patrie	62522	C	0
Hudson	67227	B	0	La Pêche (Wakefield)	67813	C	0
Hunters Point	68386	D	1	La Pocatière	61038	C*	6
Huntingdon	66816	B	0	La Prairie	66608	B	0
Inukjuak (Baie d'Hudson)	69850	E	3	La Présentation	65119	B	0
Inverness	62729	C	0	La Rédemption	60529	D	1
Irlande	62724	C	0	La Reine	68467	D	1
Ivujivik	69877	E	3	La Romaine (Réserve indienne)	69781	E	3
Joliette	65815	B	0	La Sarre	68463	D	1
Kahnawake (Réserve indienne)	66681	B	0	La Trinité-des-Monts	60713	D	1
Kamouraska	61031	C*	6	La Tuque	63270	D	1
Kanesatake (Réserve indienne)	67381	B	0	La Visitation-de-l'Île-Dupas	64902	B	0
Kangisualujuaq (Baie d'Ungava)	69855	E	3	La Visitation-de-Yamaska	64208	C	0
Kangisujuaq (Baie d'Ungava)	69872	E	3	Labelle	67607	B	0
Kangirsuk (Baie d'Ungava)	69866	E	3	Labrador City	69700	Z	7
Kawawachikamach	69843	E	2	Labrecque	69459	D	1
Kazabazua	67824	C	0	Lac-Achouakan (Lac-Saint-Jean-Est)	69493	C	0
Kebawek (Réserve indienne)	68383	D	1	Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle)	64397	C*	5
Kiamika	67624	C*	5	Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	D	1
Kingsbury	63518	C	0	Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	D	1
Kingsey (Drummond)	64104	C	0	Lac-Ashuapmushwan (Lac-Saint-Jean-Ouest)	69091	D	1
Kingsey Falls (Arthabaska)	64102	C	0	Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord)	69797	E	1
Kinnear's Mills	62718	C	0	Lac-au-Saumon	60512	D	1
Kipawa	68310	D	1	Lac-aux-Sables	62966	C	0
Kirkland	66516	A	0	Lac-Bazinot (Antoine-Labelle)	64797	C*	5
Kuujuuaq (Baie d'ungava)	69860	E	3	Lac-Beauport (La Jacques-Cartier)	62042	A	0
Kuujuuarapik (Baie d'Hudson)	69846	E	3	Lac-Blanc (Portneuf)	62096	B	0
L'Ancienne-Lorette	62041	A	0	Lac-Boisbouscache (Les Basques)	60798	D	1
L'Ange-Gardien (La Côte-de-Beaupré)	61712	A	0	Lac-Bouchette	69003	D	1
L'Ange-Gardien (Papineau)	67530	C	0	Lac-Boule (Mekinac)	64793	C	0
L'Anse-Saint-Jean	69402	C	0	Lac-Bricault (Vallée-de-l'Or)	66198	D	1
L'Ascension (Antoine-Labelle)	67628	C*	5	Lac-Brome	63820	B	0
L'Ascension-de-Notre-Seigneur (Lac Saint-Jean-Est)	69334	D	1	Lac-Casault (La Matapédia)	60591	D	1
L'Ascension-de-Patapédia (Avignon)	60453	D	1	Lac-Chicobi (Abitibi)	68488	D	1
L'Assomption	66214	B	0	Lac-Croche (La Jacques-Cartier)	62095	A	0
L'Avenir	64113	C	0	Lac-de-la-Bidière (Berthier)	64993	C*	5
L'Épiphanie	66219	B	0	Lac-Delage	62052	A	0
L'Île-Cadieux	67211	B	0	Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine-Labelle)	65892	C*	5
L'Île-d'Anticosti	69701	E	3	Lac-de-la-Pomme (Antoine- Labelle)	64795	C*	5
L'Île-d'Orléans	61605	A	0	Lac-des-Aigles	60714	D	1
L'Île-du-Grand-Calumet	68021	D	1	Lac-des-Cinq (Centre-de-la-Mauricie)	63299	D	1
L'Île-Dorval	66511	A	0	Lac-des-Dix-Milles (Matawinie)	66190	B	0
L'Île-Perrot	67206	B	0	Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis)	60793	D	1
L'Isle-aux-Allumettes	68034	D	1	Lac-Despinassy (Abitibi)	68495	D	1
L'Isle-aux-Coudres	61201	C	0	Lac-des-Plages	67561	C	0
L'Islet	61319	C	0				
L'Isle-Verte	60826	C	6				
La Conception	67601	B	0				
La Corne	68420	D	1				

Lac-des-Seize-Îles.....	67431	B 0	Laforce.....	68312	D 1
Lac-Devenyns (Matawinie).....	64395	B 0	Lalemant.....	69490	C 0
Lac-Douaire (Montcalm).....	66196	C* 5	Lamarche.....	69461	C 0
Lac-Drolet.....	62426	C 0	Lambton.....	62443	C 0
Lac-du-Cerf.....	67611	C* 5	Landrienne.....	68419	D 1
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest).....	68499	D 1	Laniel et les Lacs du- Témiscamingue.....	68393	D 1
Lac-du-Taureau (Matawinie).....	64997	B 0	Latulipe-et-Gaboury.....	68309	D 1
Lac-Ernest (Antoine-Labelle).....	67693	C* 5	Launay.....	68434	D 1
Lac-Etchemin.....	62214	C 0	Laurier-Station.....	62826	A 0
Lac-Frontière.....	61401	C 0	Laurierville.....	62746	C 0
Lac-Granet (Témiscaming).....	68390	D 1	Laval.....	66424	A 0
Lac-Huron (Rimouski-Neigette).....	60795	D 1	Lavaltrie.....	64912	B 0
Lac-Jacques-Cartier.....	61798	A 0	Laverlochère.....	68318	D 1
Lac-Jérôme (Côte-Nord-du- Golfe-Saint-Laurent).....	69793	E 1	Lawrenceville.....	63919	B 0
Lac-Juillet (Sept-Rivières - Caniapiscau).....	69891	E 1	Le Bic.....	60750	D 1
Lac-Lapeyrière (Portneuf).....	63291	B 0	Lebel-sur-Quevillon.....	69809	E 1
Lac-Lengendre (Matawinie).....	65890	B 0	Leclercville.....	62836	A 0
Lac-Lenotre (La Vallée-de-la-Gatineau).....	66197	C 0	Lefebvre.....	64118	C 0
Lac-Marguerite (Antoine-Labelle).....	67891	C* 5	Lejeune (Témiscouata).....	60931	D 1
Lac-Masketsi (Mekinac).....	63292	D 1	Lemieux.....	63311	C 0
Lac-Matapédia.....	60597	D 1	Lery.....	66912	B 0
Lac-Matawin (Matawinie).....	64992	B 0	Les Bergeronnes.....	69741	D 1
Lac-Mégantic.....	62406	C 0	Les Cèdres.....	67105	B 0
Lac-Minaki (Matawinie).....	64392	B 0	Les Côteaux.....	67116	B 0
Lac-Ministuk.....	69492	C 0	Les Éboulements.....	61208	C 0
Lac-Moncouche (Lac-Saint-Jean-Est).....	61799	C 0	Les Escoumins.....	69738	D 1
Lac-Moselle (Vallée-de-la- Gatineau).....	65895	C 0	Les Îles-de-la-Madeleine.....	60103	E 1
Lac-Nilgaut (Pontiac).....	68091	D 1	Les Méchins.....	60603	D 1
Lac-Nominingue.....	67620	C* 5	Leslie-Clapham-et-Huddersfield.....	68024	D 1
Lac-Normand (Mekinac).....	63298	D 1	Lévis.....	62111	A 0
Lac-Oscar (Antoine-Labelle).....	65893	C* 5	Lingwick.....	62536	C 0
Lac-Pikauba (Charlevoix).....	61298	C 0	Linton (Portneuf).....	62996	B 0
Lac-Poulin.....	62331	C 0	Listuguj (Restigouche).....	60482	D 1
Lac-Pythonga (La Vallée- de-la-Gatineau).....	68090	D 1	Litchfield.....	68014	D 1
Lac-Rapide (Réserve indienne).....	68081	D 1	Lochaber.....	67511	C 0
Lac-Saguay.....	67631	C* 5	Lochaber-Partie-Ouest.....	67514	C 0
Lac-Saint-Joseph.....	62912	A 0	Longue-Pointe.....	69705	E 2
Lac-Saint-Paul.....	67648	C* 5	Longueuil.....	65619	E 2
Lac-Sainte-Marie.....	67822	C 0	Lorraine.....	66304	B 0
Lac-Santé (Montcalm).....	66194	B 0	Lorrainville.....	68316	D 1
Lac-Sergent.....	62939	B 0	Lotbinière.....	62855	A 0
Lac-Simon (Papineau).....	67549	C 0	Louiseville.....	64702	C 0
Lac-Simon (Réserve indienne).....	68481	D 1	Low.....	67821	C 0
Lac-Supérieur.....	66368	B 0	Lyster.....	62753	C 0
Lac-Vacher (Sept-Rivières - Caniapiscau).....	69892	E 1	Macamic.....	68451	D 1
Lac-Wagwabika (Antoine Labelle).....	64398	C* 5	Maddington.....	63446	C 0
Lac-Walker (Sept-Rivières - Caniapiscau).....	69795	E 1	Magog.....	63736	B 0
Lachute.....	67407	B 0	Malartic.....	68405	D 1
Lacolle.....	65502	B 0	Maliotnam (Réserve indienne).....	69786	D 1
Lanoraie.....	64908	B 0	Maniwaki.....	67842	D 1
Lantier.....	66359	B 0	Manouane (Réserve indienne).....	64781	C 0
Larouche.....	69432	C 0	Manseau.....	63309	C 0
			Mansfield-et-Pontefract.....	68028	D 1
			Maria.....	60429	D 1
			Maricourt (Le Val-Saint-François).....	63934	B 0
			Marieville.....	65212	B 0
			Marsoui.....	60311	D 1
			Marston.....	62411	C 0
			Martinville.....	62512	C 0

Mascouche	66208	B 0	North Hatley	63729	B 0
Mashteuiaish (Réserve indienne) ...	69081	D 1	Notre-Dame-Auxiliatrice-		
Maskinongé	64706	C 0	de-Buckland	61508	B 0
Massueville	65004	B 0	Notre-Dame-de-Bon-Secours-		
Matagami et Joutel	69811	E 1	Partie-Nord (Papineau)	67502	C 0
Matane	60608	D 1	Notre-Dame-de-Ham	62629	C 0
Matapédia	60448	D 1	Notre-Dame-de-la-Merci	66124	B 0
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492	D 1	Notre-Dame-de-la-Paix	67524	C 0
Matimekosh - Lac-John			Notre-Dame-de-la-Salette	67535	C 0
(Réserves indiennes)	69882	E 1	Notre-Dame-de-l'Île-Perrot	67203	B 0
Mayo	67531	C 0	Notre-Dame-de-Lorette	69058	D 1
Mcmasterville	65704	B 0	Notre-Dame-de-Lourdes (Joliette) ..	65818	B 0
Melbourne	63516	C 0	Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable) ..	62751	C 0
Mercier	66916	B 0	Notre-Dame-de-Montauban	62963	C 0
Messines-Lac-à-la-Croix	69310	D 1	Notre-Dame-de-Pontmain	67612	C* 5
Metis-sur-Mer	60629	D 1	Notre-Dame-de-Bois	62402	C 0
Milan	62418	C 0	Notre-Dame-des-Monts	61119	C 0
Mille-Isles	67421	B 0	Notre-Dame-des-Neiges-		
Mingan (Réserve indienne)	69784	E 2	des-Trois-Pistoles	60819	D 1
Mirabel	67325	B 0	Notre-Dame-des-Pins	62334	C 0
Mistissini	69825	E 3	Notre-Dame-des-Prairies	65816	B 0
Moffet	68321	D 1	Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838	C* 6
Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399	D 1	Notre-Dame-de-Stanbridge	65431	B 0
Mont-Alexandre (Pabok)	60298	D 1	Notre-Dame-du-Bon-Conseil	64124	C 0
Mont-Apica (Lac Saint-Jean-Est)	61299	C 0	Notre-Dame-du-Laus	67602	C* 5
Montcalm	67432	B 0	Notre-Dame-du-Mont-Carmel	63228	C 0
Mont-Carmel	61006	C* 6	Notre-Dame-du-Nord	68326	D 1
Montcerf-Lytton	67848	D 1	Notre-Dame-du-Portage	60836	C* 6
Montebello	67504	C 0	Notre-Dame-du-Rosaire	61411	C 0
Mont-Élie (Charlevoix-Est)	61190	C 0	Notre-Dame-du-Sacré-Coeur-		
Mont-Joli	60721	D 1	d'Issoudun	62832	A 0
Mont-Laurier	67640	C* 5	Nouvelle	60438	D 1
Mont-Label	60728	D 1	Noyan	65412	B 0
Montmagny	61417	C 0	Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice) ..	68491	E 1
Montpellier	67554	C 0	Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	E 1
Montréal	66552	A 0	Odanak	64281	C 0
Montréal-Est	66556	A 0	Ogden	63719	B 0
Montréal-Ouest	66504	A 0	Oka	67311	B 0
Mont-Royal	66531	A 0	Orford	63614	B 0
Mont-Saint-Grégoire	65314	B 0	Ormstown	66926	B 0
Mont-Saint-Hilaire	65227	B 0	Otterburn Park	65224	B 0
Mont-Saint-Michel	67649	C* 5	Packington	60902	D 1
Mont-Saint-Pierre	60306	D 1	Padoue	60541	D 1
Mont-Tremblant	66374	B 0	Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	E 1
Mont-Valin	69495	C 0	Palmarolle	68454	D 1
Morin-Heights	67428	B 0	Papineauville	67508	C 0
Mulgrave-et-Derry	67539	C 0	Parent	63272	E 1
Murdochville	60301	D 1	Parisville	62844	C 0
Namur	67545	C 0	Paspébiac	60412	D 1
Nantes	62416	C 0	Passes-Dangereuses		
Napierville	66702	B 0	(Maria-Chapdelaine)	69099	D 1
Natashquan	69702	E 3	Percé	60220	D 1
Nedelec	68329	D 1	Péribonka	69026	D 1
Nemiscau (Nemaska)	69830	E 3	Pessamit (Réserve indienne)	69788	D 1
Neuveville	62904	B 0	Petite-Rivière-Saint-François	61214	C 0
New Carlisle	60418	D 1	Petite-Vallée	60249	D 1
New Richmond	60426	D 1	Petit-Lac-Sainte-Anne		
Nicolet	63364	C 0	(Kamouraska)	61094	C* 6
Normandin	69045	D 1	Petit-Mécatina (Côte-Nord-du-		
Normetal	68474	D 1	Golfe-Saint-Laurent)	69791	E 1

Petit-Saguenay	69401	C	0	Rivière-de-la-Savane (Mékinac).....	64393	C	0
Picard (Kamouraska)	61092	C	6	Rivière-du-Loup	60834	C*	6
Piedmont	66336	B	0	Rivière-Éternité.....	69403	C	0
Pierreville	64222	C	0	Rivière-Heva.....	68417	D	1
Pikogan (Réserve indienne)	68484	D	1	Rivière-Kokoak (Tarpangajuk)	69896	E	3
Pincourt	67208	B	0	Rivière-Mistassini			
Piopolis	62408	C	0	(Maria-Chapdelaine).....	69093	D	1
Plaisance	67509	C	0	Rivière-Mouchalagane			
Plessisville	62749	C	0	(Sept-Rivières - Caniapiscou).....	69799	E	1
Pohénégamook	61003	D	1	Rivière-Nipissis (Sept-Rivières -			
Pointe-à-la-Croix	60443	D	1	Caniapiscou).....	69794	E	1
Pointe-au-Père	60736	D	1	Rivière-Nouvelle (Avignon)	60499	D	1
Pointe-aux-Outardes.....	69725	D	1	Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest)	68489	D	1
Pointe-Calumet	67309	B	0	Rivière-Ouelle.....	61034	C*	6
Pointe-Claire	66514	A	0	Rivière-Patapédia-Est			
Pointe-des-Cascades.....	67104	B	0	(La Matapédia).....	60792	D	1
Pointe-Fortune	67234	B	0	Rivière-Rouge et La Macaza.....	67618	C*	5
Pointe-Label.....	69723	D	1	Rivière-Saint-Jean	69707	E	2
Ponsonby.....	67544	C	0	Rivière-Saint-Jean (Côte-de-			
Pontiac.....	68003	C	0	Gaspé).....	60299	D	1
Pont-Rouge	62918	B	0	Rivière-Vaseuse	60592	D	1
Portage-du-Fort	68018	D	1	Rivière-Windigo (Le Haut-			
Port-Cartier	69717	D	1	Saint-Maurice).....	63297	E	1
Port-Daniel-Gascons	60401	D	1	Roberval.....	69013	D	1
Portneuf	62924	B	0	Rochebaucourt	68453	D	1
Portneuf-sur-Mer	69732	D	1	Roquemaure	68446	D	1
Poste-de-la-Baleine				Rosemère	66311	B	0
(Whapmagoostoo)	69845	E	3	Rougemont	65218	B	0
Potton.....	63801	B	0	Routhierville (La Matapédia).....	60494	D	1
Poularies	68439	D	1	Rouyn-Noranda	68333	D	1
Preissac	68427	D	1	Roxton	63936	B	0
Prévost.....	66335	B	0	Roxton Falls	63938	B	0
Price.....	60636	D	1	Roxton Pond	63931	B	0
Princeville	63428	C	0	Ruisseau-des-Mineurs			
Puvirnituq (Baie d'Hudson)	69895	E	3	(La Matapédia).....	60697	D	1
Quaqtaq (Baie D'Ungava)	69868	E	3	Ruisseau-Ferguson (Avignon)	60497	D	1
Québec	62014	A	0	Sacré-Coeur (La Haute-côte-Nord)	69743	D	1
Racine.....	63921	B	0	Sacré-Coeur-de-Jésus (L'Amiante).....	62362	C	0
Ragueneau	69724	D	1	Sagard (Charlevoix-Est).....	69798	A	0
Rapide-Danseur	68447	D	1	Saguenay	69410	C	0
Rapides-des-Joachims.....	68041	D	1	Saint-Adalbert	61304	C	0
Rawdon.....	66116	B	0	Saint-Adelme	60606	D	1
Rémigny.....	68330	D	1	Saint-Adelphe	63222	C	0
Repentigny	66206	B	0	Saint-Adolphe-d'Howard.....	67429	B	0
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or)	68095	D	1	Saint-Adrien (Asbestos).....	62619	C	0
Richelieu	65216	B	0	Saint-Adrien-d'Irlande (L'Amiante).....	62722	C	0
Richmond	63528	C	0	Saint-Agapit	62823	A	0
Rigaud	67232	B	0	Saint-Aimé (Le Bas-Richelieu)	65002	B	0
Rimouski	60739	D	4	Saint-Aimé-des-Lacs			
Ripon	67538	C	0	(Charlevoix-Est)	61121	C	0
Ristigouche-Partie-Sud-Est	60444	D	1	Saint-Alban	62948	B	0
Rivière-à-Claude.....	60308	D	1	Saint-Albert-de-Warwick	63432	C	0
Rivière-à-Pierre	62959	B	0	Saint-Alexandre (Kamouraska).....	61011	*	6
Rivière-au-Tonnerre	69708	E	2	Saint-Alexandre			
Rivière-aux-Outardes				(Le Haut-Richelieu).....	65308	B	0
(Manicouagan)	69796	E	1	Saint-Alexandre-des-Lacs			
Rivière-Beaudette	67119	B	0	(La Matapédia).....	60510	D	1
Rivière-Bleue	60915	D	1	Saint-Alexis (Montcalm)	66108	B	0
Rivière-Bonaventure	60495	D	1	Saint-Alexis-de-Matapédia			
Rivière-Bonjour (Matane)	60698	D	1	(Avignon).....	60449	D	1

Saint-Alexis-des-Monts (Maskinongé)	64723	C	0	Saint-Charles-Borromée (Joliette) ...	65811	B	0
Saint-Alfred	62342	C	0	Saint-Charles-de-Bourget	69454	C	0
Saint-Alphonse (Bonaventure)	60424	D	1	Saint-Charles-de-Mandeville	64926	B	0
Saint-Alphonse-de-Granby	63914	B	0	Saint-Charles-Garnier	60703	D	1
Saint-Alphonse-de-Rodriguez (Matawinie)	65832	B	0	Saint-Charles-sur-Richelieu	65122	B	0
Saint-Amable	65709	B	0	Saint-Christophe-d'Arthabaska	63418	C	0
Saint-Ambroise	69453	C	0	Saint-Chrysostome	66904	B	0
Saint-Ambroise-de-Kildare	65826	B	0	Saint-Claude	63524	C	0
Saint-Anaclet-de-Lessard	60724	D	1	Saint-Clément	60808	D	1
Saint-André (Kamouraska)	61024	C*	6	Saint-Cléophas (D'Autray)	65819	B	0
Saint-André-Avellin	67528	C	0	Saint-Cléophas (La Matapédia)	60528	D	1
Saint-André-Carillon	67402	B	0	Saint-Clet	67110	B	0
Saint-André-de-Restigouche	60446	D	1	Saint-Colomban	67334	B	0
Saint-André-du-Lac-Saint-Jean	69005	D	1	Saint-Côme (Matawinie)	65836	B	0
Saint-Anicet	66818	B	0	Saint-Côme-Linière	62311	C	0
Saint-Anselme	62239	B	0	Saint-Constant	66614	B	0
Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues	61424	C	0	Saint-Cuthbert	64918	B	0
Saint-Antoine-de-Tilly	62849	A	0	Saint-Cyprien (Les Etchemins)	62201	C	0
Saint-Antoine-sur-Richelieu	65720	B	0	Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup)	60802	D	1
Saint-Antonin	60818	C*	6	Saint-Cyprien-de-Napierville	66701	B	0
Saint-Apollinaire	62833	A	0	Saint-Cyrille-de-Lessard	61314	C	0
Saint-Armand	65404	B	0	Saint-Cyrille-de-Wendover	64128	C	0
Saint-Arsene	60828	C*	6	Saint-Damase	65102	B	0
Saint-Athanase (Témiscouata)	61002	D	1	Saint-Damase (Matapédia)	60539	D	1
Saint-Aubert	61318	C	0	Saint-Damase-de-l'Islet	61312	C	0
Saint-Augustin (Maria- Chapelaine)	69028	D	1	Saint-Damien (Matawinie)	64928	B	0
Saint-Augustin De-Woburn	62401	C	0	Saint-Damien-de-Buckland	61509	B	0
Saint-Augustin-de-Desmaures	62901	A	0	Saint-David (Le Bas-Richelieu)	64214	B	0
Saint-Barnabé (Maskinongé)	64316	C	0	Saint-David-de-Falardeau	69446	C	0
Saint-Barnabé-Sud (Les Maskoutains)	65128	B	0	Saint-Denis (Kamouraska)	61032	C*	6
Saint-Barthelemy	64914	B	0	Saint-Denis-de-Brompton	63504	A	0
Saint-Basile	62921	B	0	Saint-Denis-sur-Richelieu	65126	B	0
Saint-Basile-le-Grand	65601	B	0	Saint-Didace	64721	B	0
Saint-Benjamin	62209	C	0	Saint-Dominique (Les Maskoutains)	64005	B	0
Saint-Benoit-du-Lac	63808	B	0	Saint-Dominique-du-Rosaire	68433	D	1
Saint-Benoit-Labre	62329	C	0	Saint-Donat (La Mitis)	60722	D	1
Saint-Bernard (La Nouvelle-Beauce)	62234	C	0	Saint-Donat (Matawinie)	66126	B	0
Saint-Bernard-de-Lacolle	65504	B	0	Saint-Edmond-les-Plaines	69051	D	1
Saint-Bernard-Partie-Sud (Les Maskoutains)	65131	B	0	Saint-Edmond-de-Grantham	64141	C	0
Saint-Blaise	65509	B	0	Saint-Edouard (Les Jardins- de-Napierville)	66706	B	0
Saint-Bonaventure	64202	C	0	Saint-Edouard-de-Fabre	68302	D	1
Saint-Boniface-de-Shawinigan	64326	C	0	Saint-Edouard-de-Frampton	62222	C	0
Saint-Bruno (Lac-Saint-Jean-Est)	69313	D	1	Saint-Edouard-de-Lotbinière	62834	C	0
Saint-Bruno-de-Montarville	65608	B	0	Saint-Edouard-de-Maskinongé	64719	C	0
Saint-Bruno-de-Guigues	68319	D	1	Saint-Élie-de-Caxton	64332	C	0
Saint-Bruno-de-Kamouraska	61004	C*	6	Saint-Éloi (Les Basques)	60822	D	1
Saint-Calixte	66118	B	0	Saint-Elphege (Nicolet-Yamaska)	64211	C	0
Saint-Camille (Asbestos)	62606	C	0	Saint-Elzéar (Bonaventure)	60416	D	1
Saint-Camille-de-Lellis (Les Etchemins)	61501	C	0	Saint-Elzéar (La Nouvelle-Beauce)	62379	C	0
Saint-Casimir	62950	B	0	Saint-Elzéar (Témiscouata)	60924	D	1
Saint-Célestin	63334	C	0	Saint-Éphrem-de-Beauce	62348	C	0
Saint-Césaire	65208	B	0	Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup)	60814	C*	6
Saint-Charles (Bellechasse)	61528	B	0	Saint-Esprit (Montcalm)	66111	B	0
				Saint-Étienne-de-Beauharnois	67001	B	0
				Saint-Étienne-de-Beaumont	61534	B	0
				Saint-Étienne-de-Bolton	63814	B	0
				Saint-Étienne-des-Grès	64314	C	0
				Saint-Eugène (Drummond)	64142	C	0

Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine).....	69056	D	1	Saint-Ignace-de-Loyola.....	64901	B	0
Saint-Eugène-de-Guigues.....	68322	D	1	Saint-Ignace-de-Stanbridge.....	65429	B	0
Saint-Eugène-de-Ladrière.....	60753	D	1	Saint-Irénée (Charlevoix-Est).....	61116	C	0
Saint-Eusèbe (Témiscouata).....	60912	D	1	Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce).....	62242	C	0
Saint-Eustache.....	67303	B	0	Saint-Isidore (Roussillon).....	66618	B	0
Saint-Evariste-de-Forsyth.....	62444	C	0	Saint-Isidore-de-Clifton.....	62509	C	0
Saint-Fabien (Rimouski-Neigette).....	60751	D	1	Saint-Jacques (Montcalm).....	66106	B	0
Saint-Fabien-de-Panet.....	61406	C	0	Saint-Jacques-de-Leeds.....	62716	C	0
Saint-Faustin-Lac-Carré.....	66369	B	0	Saint-Jacques-le-Majeur-de- Wolfestown.....	62636	C	0
Saint-Félicien.....	69023	D	1	Saint-Jacques-le-Mineur.....	66601	B	0
Saint-Félix-de-Dalquier.....	68431	D	1	Saint-Janvier-de-Joly.....	62816	A	0
Saint-Félix-de-Valois.....	65821	B	0	Saint-Jean-Baptiste (Rouville).....	65221	B	0
Saint-Félix-d'Otis.....	69404	C	0	Saint-Jean-de-Brebeuf (L'Amiante).....	62719	C	0
Saint-Ferdinand.....	62736	C	0	Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane).....	60604	D	1
Saint-Ferréol-les-Neiges.....	61704	A	0	Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques).....	60806	D	1
Saint-Flavien (Lotbinière).....	62828	A	0	Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata).....	60903	D	1
Saint-Fortunat.....	62638	C	0	Saint-Jean-de-Matha.....	65829	B	0
Saint-François-d'Assise (Avignon).....	60451	D	1	Saint-Jean-Iberville.....	65514	B	0
Saint-François-de-la-Rivière- du-Sud.....	61421	C	0	Saint-Jean-Port-Joli.....	61322	C	0
Saint-François-de-Sales.....	69008	D	1	Saint-Jérôme.....	66328	B	0
Saint-François-du-Lac.....	64228	C	0	Saint-Joachim (La Côte-de- Beaupré).....	61702	A	0
Saint-François-Xavier-de-Brompton.....	63512	C	0	Saint-Joachim-de-shefford.....	63928	B	0
Saint-François-Xavier-des-Hauteurs.....	60701	D	1	Saint-Joseph-de-Beauce.....	62354	C	0
Saint-François-Xavier-de-Viger.....	60809	D	1	Saint-Joseph-de-Coleraine.....	62711	C	0
Saint-Frédéric (Robert-Cliche).....	62359	C	0	Saint-Joseph-de-Kamouraska.....	61012	C*	6
Saint-Fulgence.....	69437	C	0	Saint-Joseph-de-Lepage.....	60718	D	1
Saint-Gabriel (D'Autray).....	64924	B	0	Saint-Joseph-des-Érables.....	62356	C	0
Saint-Gabriel (La Mitis).....	60709	D	1	Saint-Joseph-de-Sorel.....	65019	B	0
Saint-Gabriel-de-Brandon.....	64922	B	0	Saint-Joseph-du-Lac.....	67308	B	0
Saint-Gabriel-de-Valcartier.....	62055	A	0	Saint-Jude (Les Maskoutains).....	65129	B	0
Saint-Gabriel-Lalemant.....	61008	C*	6	Saint-Jules (Robert-Cliche).....	62358	C	0
Saint-Gédéon-de-Beauce.....	62429	C	0	Saint-Julien (L'Amiante).....	62639	C	0
Saint-Gédéon (Lac Saint-Jean-Est).....	69317	D	1	Saint-Just-de-Bretenières.....	61402	C	0
Saint-Georges.....	62322	C	0	Saint-Juste-du-Lac.....	60908	D	1
Saint-Georges-de-Clarenceville.....	65408	B	0	Saint-Justin (Maskinongé).....	64711	C	0
Saint-Georges-de-Windsor.....	63522	C	0	Saint-Lambert (Abitibi-Ouest).....	68469	D	1
Saint-Gérard-Majella (Le Bas- Richelieu).....	64229	B	0	Saint-Lambert (Champlain).....	65623	B	0
Saint-Germain (Kamouraska).....	61028	C*	6	Saint-Lambert-de-Lauzon.....	62106	A	0
Saint-Germain-de-Grantham.....	64139	C	0	Saint-Lazare (Bellechasse).....	61516	B	0
Saint-Gervais (Bellechasse).....	61522	B	0	Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges).....	67218	B	0
Saint-Gilbert (Portneuf).....	62931	B	0	Saint-Léandre (Matane).....	60609	D	1
Saint-Gilles (Lotbinière).....	62812	A	0	Saint-Léonard-d'Aston.....	63321	C	0
Saint-Godefroi (Bonaventure).....	60408	D	1	Saint-Léonard-de-Portneuf.....	62942	B	0
Saint-Guillaume (Drummond).....	64206	C	0	Saint-Léon-de-Standon.....	62218	C	0
Saint-Guillaume-Nord (Matawinie).....	65891	C	0	Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé).....	64708	C	0
Saint-Guy (Les Basques).....	60716	D	1	Saint-Louis-de-Gonzague (Beauharnois-Salaberry).....	67002	B	0
Saint-Henri.....	62103	A	0	Saint-Louis-de-Gonzague (Les Etchemins).....	62202	C	0
Saint-Henri-de-Taillon.....	69332	D	1	Saint-Louis-de-Gonzague-du- Cap-Tourmente.....	61703	A	0
Saint-Herménégilde.....	63705	C	0				
Saint-Hilaire-de-Dorset.....	62431	C	0				
Saint-Hilarion.....	61216	C	0				
Saint-Hippolyte.....	66331	B	0				
Saint-Honoré.....	69443	C	0				
Saint-Honoré (Témiscouata).....	60929	D	1				
Saint-Honoré-de-Shenley.....	62326	C	0				
Saint-Hubert (Rivière-du-Loup).....	60804	D	1				
Saint-Hugues (Les Maskoutains).....	64030	B	0				
Saint-Hyacinthe.....	65110	B	0				

Saint-Louis-du-Ha! Ha!	60922	D 1	Saint-Paul-du-Nord-Sault-au-	
Saint-Luc (Les Etchemins)	62211	C 0	Mouton	69736 D 1
Saint-Luc-de-Vincennes	63215	C 0	Saint-Paulin (Maskinongé)	64714 C 0
Saint-Lucien (Drummond)	64111	C 0	Saint-Philémon (Bellechasse)	61506 C 0
Saint-Ludger (Le Granit)	62422	C 0	Saint-Philibert (Beauce-Sartigan)	62316 C 0
Saint-Ludger-de-Milot	69029	D 1	Saint-Philippe (Roussillon)	66602 B 0
Saint-Magloire-de-Bellechasse			Saint-Philippe-de-Néri	61019 C* 6
(Les Etchemins)	61502	C 0	Saint-Pie	64002 B 0
Saint-Majorique-de-Grantham	64136	C 0	Saint-Pie-de-Guire (Drummond)	64212 C 0
Saint-Malachie (Bellechasse)	62221	C 0	Saint-Pierre (Joliette)	65804 B 0
Saint-Malo (Coaticook)	62506	C 0	Saint-Pierre-Baptiste	62731 C 0
Saint-Marc-de-Figuery	68422	D 1	Saint-Pierre-de-Broughton	62370 C 0
Saint-Marc-des-Carrières	62932	B 0	Saint-Pierre-de-Lamy	60930 D 1
Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	D 1	Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud	61419 C 0
Saint-Marcel (L'Islet)	61309	C 0	Saint-Pierre-de-Veronne-à-	
Saint-Marcel-de-Richelieu	65001	B 0	Pike-River	65428 B 0
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette)	60711	D 1	Saint-Pierre-les-Becquets	63344 C 0
Saint-Marc-sur-Richelieu	65708	B 0	Saint-Placide (Deux-Montagnes)	67324 B 0
Saint-Martin (Beauce-Sartigan)	62314	C 0	Saint-Polycarpe (Vaudreuil-	
Saint-Mathias-sur-Richelieu	65222	B 0	Soulanges)	67122 B 0
Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	D 1	Saint-Prime (Le Domaine-du-Roy)	69020 D 1
Saint-Mathieu (Roussillon)	66604	B 0	Saint-Prosper	63212 C 0
Saint-Mathieu-de-Beloil	65702	B 0	Saint-Prosper (Les Etchemins)	62204 C 0
Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	D 1	Saint-Raphaël (Bellechasse)	61521 C 0
Saint-Mathieu-du-Parc	64331	C 0	Saint-Raphaël-d'Albertville	60508 D 1
Saint-Maurice	63216	C 0	Saint-Raymond (Portneuf)	62941 B 0
Saint-Maxime-du-Mont-Louis	60304	D 1	Saint-Rémi (Les Jardins-de-	
Saint-Médard (Les Basques)	60729	D 1	Napierville)	66712 B 0
Saint-Michel (Bellechasse)	61532	C 0	Saint-Rémi-de-Tingwick	63406 C 0
Saint-Michel (Les Jardins-de-			Saint-René (Beauce-Sartigan)	62312 C 0
Napierville)	66708	B 0	Saint-René-de-Matane	60613 D 1
Saint-Michel-des-Saints	64932	C 0	Saint-Robert (Le Bas-richelieu)	65008 B 0
Saint-Michel-du-Squatec	60918	D 1	Saint-Robert-Bellarmin	62419 C 0
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup)	60816	C* 6	Saint-Roch-de-l'Achigan	66221 B 0
Saint-Moise (La Matapédia)	60534	D 1	Saint-Roch-de-Mékinac	63248 C 0
Saint-Narcisse	63226	C 0	Saint-Roch-de-Richelieu	65014 B 0
Saint-Narcisse-de-Beaurivage	62811	C 0	Saint-Roch-des-Aulnaies	61321 C 0
Saint-Narcisse-de-Rimouski	60712	D 1	Saint-Romain (Le Granit)	62436 C 0
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean-Est)	69456	D 1	Saint-Rosaire (Arthabaska)	63436 C 0
Saint-Nazaire-d'Acton	64024	B 0	Saint-Samuel (Arthabaska)	63301 C 0
Saint-Nazaire-de-Dorchester	62219	C 0	Saint-Sauveur	66341 B 0
Saint-Nérée (Bellechasse)	61514	C 0	Saint-Sébastien (Le Granit)	62433 C 0
Saint-Noël (La Matapédia)	60536	D 1	Saint-Sébastien (Le Haut	
Saint-Norbert (D'Autray)	64919	B 0	Richelieu)	65301 B 0
Saint-Norbert-d'Arthabaska	63414	C 0	Saint-Sévère (Maskinongé)	64318 C 0
Saint-Octave-de-Métis	60631	D 1	Saint-Séverin (Mékinac)	63224 C 0
Saint-Odilon-de-Cranbourne	62216	C 0	Saint-Séverin (Robert-Cliche)	62372 C 0
Saint-Omer (L'Islet)	61302	C 0	Saint-Siméon	61102 C 0
Saint-Onesime-d'Ixworth	61009	C* 6	Saint-Siméon (Bonaventure)	60421 D 1
Saint-Ours (Le Bas-Richelieu)	65012	B 0	Saint-Simon (Les Basques)	60754 D 1
Saint-Pacôme (Kamouraska)	61020	C* 6	Saint-Simon (Les Maskoutains)	64029 B 0
Saint-Pamphile (L'Islet)	61301	C 0	Saint-Simon-les-Mines	62332 C 0
Saint-Pascal	61018	C* 6	Saint-Sixte (Papineau)	67529 C 0
Saint-Patrice-de-Beaurivage	62805	C 0	Saint-Stanislas	63220 C 0
Saint-Patrice-de-Sherrington	66704	B 0	Saint-Stanislas (Maria-	
Saint-Paul (Joliette)	65802	B 0	Chapdelaine)	69039 D 1
Saint-Paul-d'Abbotsford	65204	B 0	Saint-Stanislas-de-Kostka	67004 B 0
Saint-Paul-de-la-Croix	60812	D 1	Saint-Sulpice (L'Assomption)	66211 B 0
Saint-Paul-de-l'Île-aux-Noix	65506	B 0	Saint-Sylvère (Bécancour)	63313 C 0
Saint-Paul-de-Montminy	61409	C 0	Saint-Sylvestre (Lotbinière)	62802 C 0

Saint-Télesphore (Vaudreuil-Soulanges)	67126	B	0	Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	62909	A	0
Saint-Tharcisius (La Matapédia)	60509	D	1	Sainte-Cécile-de-Lévrard	63342	C	0
Saint-Théodore-d'Acton	64022	B	0	Sainte-Cécile-de-Milton	63932	B	0
Saint-Théophile (Beauce-Sartigan)	62303	C	0	Sainte-Cécile-de-Whitton	62414	C	0
Saint-Thomas (Joliette)	65801	B	0	Sainte-Christine (Acton)	64008	B	0
Saint-Thomas-Didyme	69052	D	1	Sainte-Christine (Portneuf)	62944	B	0
Saint-Thuribe (Portneuf)	62954	B	0	Sainte-Claire (Bellechasse)	62225	B	0
Saint-Tite (Mékinac)	63231	C	0	Sainte-Clothilde-de-Horton	63439	C	0
Saint-Tite-des-Caps	61701	A	0	Sainte-Clothilde-de-Beauce	62351	C	0
Saint-Ubalde (Portneuf)	62957	B	0	Sainte-Clothilde-de-Châteauguay	66901	B	0
Saint-Ulric	60624	D	1	Sainte-Croix	62852	A	0
Saint-Urbain (Charlevoix)	61218	C	0	Sainte-Edwidge-de-Clifton	62511	C	0
Saint-Urbain-Premier	66908	B	0	Sainte-Élisabeth (D'Autray)	65809	B	0
Saint-Valentin (Le Haut-Richelieu)	65508	B	0	Sainte-Élizabeth-de-Warwick	63424	C	0
Saint-Valère (Arthabaska)	63438	C	0	Sainte-Émilie-de-l'Énergie	65834	B	0
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)	60746	D	1	Sainte-Eulalie (Nicolet-Yamaska)	63302	C	0
Saint-Valérien-de-Milton	63939	B	0	Sainte-Euphémie-sur-Rivière-du-Sud	61412	C	0
Saint-Vallier (L'Amiante)	61531	C	0	Sainte-Félicité (L'Islet)	61308	C	0
Saint-Venant-de-Hereford	62502	C	0	Sainte-Félicité (Matane)	60618	D	1
Saint-Vianney (La Matapédia)	60521	D	1	Sainte-Flavie (La Mitis)	60731	D	1
Saint-Victor (Robert-Cliche)	62346	C	0	Sainte-Florence (La Matapédia)	60502	D	1
Saint-Wenceslas (Nicolet-Yamaska)	63318	C	0	Sainte-Françoise (Bécancour)	62839	C	0
Saint-Zacharie (Les Etchemins)	62306	C	0	Sainte-Françoise (Les Basques)	60811	D	1
Saint-Zénon (Matawinie)	64929	C	0	Sainte-Geneviève-de-Batiscan	63214	C	0
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui	60519	D	1	Sainte-Geneviève-de-Berthier	64904	B	0
Saint-Zéphirin-de-Courval	64209	C	0	Sainte-Germaine-Boule	68441	D	1
Saint-Zotique (Vaudreuil-Soulanges)	67115	B	0	Sainte-Gertrude-Manneville	68425	D	1
Sainte-Adèle (Les Pays-d'en-Haut)	66351	B	0	Sainte-Hedwidge (Le Domaine-du-Roy)	69018	D	1
Sainte-Agathe-de-Lotbinière	62810	A	0	Sainte-Hélène (Kamouraska)	61014	C*	6
Sainte-Agathe-des-Monts	66362	B	0	Sainte-Hélène-de-Bagot	64027	B	0
Sainte-Angèle (Maskinongé)	64718	C	0	Sainte-Hélène-de-Chester	63401	C	0
Sainte-Angèle-de-Méridc	60706	D	1	Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456	D	1
Sainte-Angèle-de-Monnoir	65209	B	0	Sainte-Hénédiine (La Nouvelle-Beauce)	62229	C	0
Sainte-Anne-de-Beaupré	61710	A	0	Sainte-Irène (La Matapédia)	60526	D	1
Sainte-Anne-de-Bellevue	66521	A	0	Sainte-Jeanne D'Arc (Maria-Chapdelaine)	69033	D	1
Sainte-Anne-de-la-Pérade	63201	C	0	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538	D	1
Sainte-Anne-de-la-Pocatière	61036	C*	6	Sainte-Julie (Lajemmerais)	65706	B	0
Sainte-Anne-de-la-Rochelle	63918	B	0	Sainte-Julienne (Montcalm)	66112	B	0
Sainte-Anne-de-Sabrevois	65309	B	0	Sainte-Justine (Les Etchemins)	62206	C	0
Sainte-Anne-des-Lacs	66338	B	0	Sainte-Justine-de-Newton	67219	B	0
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle	60312	D	1	Sainte-Louise (L'Islet)	61316	C	0
Sainte-Anne-de-Sorel	65016	B	0	Sainte-Luce-Luceville	60734	D	1
Sainte-Anne-des-Plaines	66314	B	0	Sainte-Lucie-de-Beaugard	61404	C	0
Sainte-Anne-du-Lac (Antoine-Labelle)	67650	C*	5	Sainte-Lucie-des-Laurentides	66358	B	0
Sainte-Anne-du-Sault	63448	C	0	Sainte-Madeleine (Les Maskoutains)	65106	B	0
Sainte-Apolline-de-Patton	61408	C	0	Sainte-Madeleine-de-la-Rivière-Madeleine	60302	D	1
Sainte-Aurélie (Les Etchemins)	62308	C	0	Sainte-Marcelline-de-Kildare	65828	B	0
Sainte-Barbe (Le Haut-Saint-Laurent)	66819	B	0	Sainte-Marguerite (La Nouvelle-Beauce)	62228	C	0
Sainte-Béatrix (Matawinie)	65831	B	0	Sainte-Marguerite (Matapédia)	60501	D	1
Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette)	60726	D	1	Sainte-Marguerite et Esterel	66349	B	0
Sainte-Brigide-d'Iberville	65311	B	0	Sainte-Marie (La Nouvelle-Beauce)	62375	C	0
Sainte-Brigitte-de-Laval	61716	A	0	Sainte-Marie-de-Blandford	63327	C	0
Sainte-Brigitte-des-Saults	63324	C	0				
Sainte-Catherine (Roussillon)	66606	B	0				
Sainte-Catherine-de-Hatley	63731	B	0				

Sainte-Marie-Madeleine.....	65104	B	0	Stornoway.....	62438	C	0
Sainte-Marie-Salomé.....	66101	B	0	Stratford.....	62621	C	0
Sainte-Marthe (Vaudreuil-Soulanges).....	67220	B	0	Suffolk-et-Addington.....	67546	C	0
Sainte-Marthe-sur-le-Lac.....	67306	B	0	Sutton.....	63804	B	0
Sainte-Martine (Beauharnois-Salaberry).....	66919	B	0	Tadoussac.....	69744	D	1
Sainte-Mélanie (Joliette).....	65824	B	0	Taschereau.....	68436	D	1
Sainte-Monique (Lac Saint-Jean-Est).....	69336	D	1	Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles).....	69862	E	3
Sainte-Monique (Nicolet-Yamaska).....	63341	C	0	Témiscaming (Réserve indienne).....	68301	E	1
Sainte-Odile-sur-Rimouski.....	60742	D	1	Témiscouata-sur-le-Lac.....	60910	D	1
Sainte-Paule (Matane).....	60610	D	1	Terrasse-Vaudreuil.....	67204	B	0
Sainte-Perpétue (L'Islet).....	61306	C	0	Terrebonne.....	66201	B	0
Sainte-Perpétue (Nicolet-Yamaska).....	63322	C	0	Thetford Mines.....	62709	C	0
Sainte-Praxède (L'Amiante).....	62631	C	0	Thorne.....	68012	D	1
Sainte-Rita (Les Basques).....	60801	D	1	Thurso.....	67512	C	0
Sainte-Rose-de-Watford.....	62208	C	0	Timiscaming (Réserve indienne).....	68389	D	1
Sainte-Rose-du-Nord.....	69434	C	0	Tingwick.....	63410	C	0
Sainte-Sabine (Brome-Missisquoi).....	65432	B	0	Tourville.....	61311	C	0
Sainte-Sabine (Les Etchemins).....	61504	C	0	Trecesson.....	68432	D	1
Sainte-Séraphine (Arthabaska).....	63434	C	0	Très-Saint-Rédempteur.....	67224	B	0
Sainte-Sophie.....	66321	B	0	Très-Saint-Sacrement.....	66921	B	0
Sainte-Sophie (L'Érable).....	62739	C	0	Tring-Jonction.....	62361	C	0
Sainte-Sophie-de-Lévrard.....	63326	C	0	Trois-Pistoles.....	60821	D	1
Sainte-Thècle (Mekinac).....	63242	C	0	Trois-Rivières.....	64302	C	0
Sainte-Thérèse (Thérèse De Blainville).....	66309	B	0	Ulverton.....	64106	C	0
Sainte-Thérèse-de-Gaspé.....	60216	D	1	Umiujaq (Baie d'Hudson).....	69847	E	3
Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau.....	67832	D	1	Upton.....	64014	B	0
Sainte-Ursule (Maskinongé).....	64709	C	0	Val-Alain.....	62818	A	0
Sainte-Victoire-de-Sorel.....	65009	B	0	Val-Brillant.....	60524	D	1
Saints-Anges (La Nouvelle-Beauce).....	62368	C	0	Valcourt.....	63924	B	0
Saints-Martyrs-Canadiens.....	62626	C	0	Val-David.....	66356	B	0
Salaberry-de-Valleyfield.....	67016	B	0	Val-des-Bois.....	67556	C	0
Salluit.....	69875	E	3	Val-des-Lacs.....	66128	B	0
Sault-au-Cochon (La Côte- de-Beaupré).....	61791	A	0	Val-des-Monts.....	67537	C	0
Sayabec.....	60530	D	1	Val-d'Or.....	68403	D	1
Schefferville.....	69801	E	2	Vallée-Jonction.....	62371	C	0
Scotstown.....	62538	C	0	Val-Morin.....	66354	B	0
Scott.....	62231	C	0	Val-Racine.....	62409	C	0
Senneterre.....	68409	D	1	Val-Saint-Gilles.....	68471	D	1
Senneville.....	66524	A	0	Varenes.....	65713	B	0
Sept-Îles.....	69711	D	1	Vaudreuil-Dorion.....	67215	B	0
Shannon.....	62914	A	0	Venise-en-Québec.....	65411	B	0
Shawinigan.....	64319	C	0	Verchères.....	65717	B	0
Shawville.....	68009	D	1	Victoriaville.....	63431	C	0
Sheen-Esher-Aberdeen-et- Malakoff.....	68039	D	1	Ville-Marie.....	68304	E	1
Shefford.....	63904	B	0	Villeroi.....	62819	C	0
Sherbrooke.....	63608	A	0	Waltham-et-Bryson.....	68031	D	1
Shigawake.....	60406	D	1	Warden.....	63909	B	0
Sorel-Tracy.....	65021	B	0	Warwick.....	63422	C	0
Stanbridge.....	65421	B	0	Waskaganish (Fort-Rupert).....	69885	E	3
Stanbridge Station.....	65426	B	0	Waswanipi (Terre Réservée).....	69880	E	3
Stanstead.....	63714	B	0	Waswanipi (Village Cri).....	69810	E	3
Stanstead-Est.....	63716	A	0	Waterloo.....	63906	B	0
Stoke.....	63508	A	0	Waterville.....	62519	A	0
Stoneham-et-Tewkesbury.....	62051	A	0	Weedon.....	62611	C	0
				Wemindji (Village Cri).....	69840	E	3
				Wendake (Village-des-Hurons).....	62081	A	0
				Wentworth.....	67422	B	0
				Wentworth-Nord.....	67424	B	0
				Westbury.....	62532	A	0
				Westmount.....	66526	A	0

Weymontachie (Réserve indienne)..	63282	D	1
Whapmagoostui			
(Réserve indienne)	69888	E	3
Whapmagoostui			
(Réserve indienne)	69888	E	3
Whitworth (Réserve indienne)	60882	C*	6
Wickham	64120	C	0
Windsor	63511	C	0
Winneway	68388	D	1
Wolinak (Réserve indienne)	63381	C	0
Wotton	62608	C	0
Wright-Gracefield-Northfield	67826	D	1
Yamachiche	64311	C	0
Yamaska	64232	B	0

5. PAIEMENT

Le professionnel de la santé, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est fourni.**

Remarque : - Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux professionnels rémunérés **à l'acte.**
- Pour les professionnels rémunérés à **honoraires fixes, vacation ou tarif horaire**, toutes les informations paraissent à l'onglet « Paiement » de la **brochure n° 2.**
- Pour les professionnels visés par les **mesures incitatives**, les informations paraissent à la partie « Paiement » de la **brochure n° 3.**

5.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du professionnel traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir le paiement.

Le dépôt direct se fait dans les 3 jours ouvrables suivant la date du paiement. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total excédera ce montant.

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les trois mois de la date des services.

5.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, notamment en télécommunication, des **rapports d'erreurs de facturation** sont disponibles dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication ou le traitement des disquettes.

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

- a) les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation);
- b) les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes.

L'agence n'a donc pas à attendre la réception des états de compte pour pouvoir refacturer des demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, puisque ces erreurs sont rapportées à l'agence, souvent avant la fin de la même période de paiement.

LE RAPPORT D'ERREURS est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

5.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

Sur les états de compte, les erreurs de type « forme et contenu » paraissent avec le code de message explicatif 907. Les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes, paraissent avec le code de message explicatif 997. (Voir sous l'onglet MESSAGES EXPLICATIFS).

5.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transactions, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE					
		Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT RÉÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-05-27 (P)	OR-24	001
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-06-17	20AA-06-06 (T)	OR-24	002
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
UNTEL ROBERT 567, rue Fictive Québec QC G1N 5C9		Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec: 418 643-8210 Montréal: 514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) ....1 800 463-4776					
⑨	SOMMAIRE						
MESSAGES GÉNÉRAUX							
ATTENTION « ATTENTION » VOUS POUVEZ COMMANDER UN ÉTAT DE REVENU PAR INFO-PROF - QUÉBEC.							
SPÉCIMEN							
OR341 - 4702 082007					VOIR AU VERSO		

#

5.4.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de paiement ou des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

5.4.1.1 Renseignements généraux (parties 1 à 9 et sommaire)

1. NOM : nom et prénom du médecin.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : numéro du médecin (7 chiffres).
- # 3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : numéro de groupe du médecin s'il y a lieu (compte administratif).
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre « V ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Celle-ci est la même que celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. La forme de réception est indiquée comme suit : la lettre « P » papier et « T » par Internet, télécommunication ou disquettes.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut servir de référence.
8. PAGE : La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : nom et adresse postale fournis par le médecin ou par son mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la 1^{re} page de l'état de compte.

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paiements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

Déductions cumulatives (cotisation F.M.O.Q.)

Description des codes de transactions (TRA)

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE									
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4										LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT		PAGE
NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DU CHEQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-05-27 (P)					002		002		
UNTEL ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-06-17		20AA-06-06 (T)					0R-24		DE 002		
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA / EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA / EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA / EXPL	MONTANT PAYÉ		
1a	2a	3a	4a	5a	6a	DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE													
SPÉCIMEN																			
DEMANDES DE REMBOUSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE / VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22																			
REMARQUE : RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																			
FIN DU RELEVÉ																			

OR341 - 4702 062009

5.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction. (parties 1a à 6a)

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Sauf pour le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande, celle-ci paraît sur la ligne suivante).
- Les demandes de paiement CSST sont identifiées par la lettre « S » ou « T » qui précède le numéro.
 - Les demandes de paiement SLE sont identifiées par la lettre « H » qui précède le numéro.
- 2a.** DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : 98-10-28.
- 3a.** ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.
- 4a.** BÉNÉFICIAIRE (Personne assurée) : Les quatre premiers caractères du NAM.
- 5a.** CODE : No référant à la nature de la transaction (TRA) (Voir 5.7) et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir onglet MESSAGES EXPLICATIFS).
- 6a.** MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

5.4.1.3 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 à l'encontre de la loi, un paiement d'une personne assurée. On y retrouve les mêmes renseignements que ceux définis à **5.4.1.2**.

5.4.1.4 Partie de l'état de compte relative au remboursement de l'assurance responsabilité

EXEMPLE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU		NUMÉRO DU PAIEMENT		PAGE						
NOM		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL		NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		NO DU CHÉQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-05-27 (P)		001					
UNTEL		ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-06-17		20AA-06-06 (T)		DR-50		002	
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			RÉVISION							
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE						
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a						
DÉTAIL DU REMBOURSEMENT EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ																	
DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE				RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22													
REMARQUE :																	
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																	
FIN DU RELEVÉ																	

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE : Numéro de la demande de remboursement en assurance responsabilité selon le formulaire n° 2904 ou, s'il s'agit d'un remboursement suite à la réception du fichier de l'ACPM, le numéro correspondant à la date d'envoi du fichier (année et mois). Ex : le paiement qui sera fait suite à la réception du fichier de janvier 2000 portera le numéro 0001.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION : Date à laquelle la demande de remboursement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour, ex. : 20AA-06-03.
- 3a. CODE TRA : Code de la transaction (TRA) décrivant l'état du règlement de votre demande de remboursement (voir 5.7.1 - page suivante).
- 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 dont le texte figure sous **Description des codes de messages explicatifs - Assurance responsabilité**.
- 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).

5.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de refacturation auxquels le professionnel est soumis (Voir 5). Le professionnel 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 les concilier avec ses états de compte.

5.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

5.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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.

5.5.2 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 reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle.**

5.5.3 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 5.7) et du code de message explicatif approprié (Voir l'onglet MESSAGES EXPLICATIFS).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec les motifs à l'appui doit lui présenter une **demande de révision.** (voir 5.5.4 b)

5.5.4 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 5.7) 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 visé paraît dans la colonne ACTE. Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) **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 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 consulter votre développeur de logiciel.

b) **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir 5.7.1) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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 la rectification d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire **n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION »** (Voir onglet « FORMULAIRES ») et expédier à l'adresse indiquée sur ce formulaire. Vous pouvez également retrouver dans le **site Internet** de la Régie, le formulaire en **deux formats**, dynamique (à remplir à l'écran et imprimer) et statique (à imprimer et compléter).

5.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée. Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié. (Voir sous l'onglet MESSAGES EXPLICATIFS).

De plus, si une demande de paiement facturée informatiquement est annulée à l'état de compte avec le message 907 - erreurs de prétraitement ou 997 - erreur de règlement, il s'agit alors d'erreurs déjà identifiées sur le rapport « Retour d'erreurs » avec un message explicatif spécifiant la raison exacte de l'annulation.

Pour obtenir paiement, le professionnel de la santé doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement** et inscrire **la lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement tel que mentionné au point 5.5.4 a).

5.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 5.7.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir l'onglet « Messages explicatifs »).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

- 00- Demandes de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12; ne pas faire de demande de révision.
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 18- Prime de responsabilité
- 19- Forfait payé selon le groupe de vulnérabilité, le lieu de suivi, le taux de rémunération Annexe XII.
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 28- Révision de la prime de responsabilité
- 29- Révision du forfait annuel payé, en fonction des changements survenus en cours de période.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
(Demande de paiement retenue, non payée avant appréciation)
- 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90- Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96- DP (*Demande de paiement*) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

5.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)

Régie de l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(931)						1
(2)	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
(3)	16	17	18	19	20	21
(4)	22	23	24	25	26	27
(5)	28	29	30	31		

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)		32	33	34	35	36
(7)	38	1	2	3	4	5
(8)	6	7	8	9	10	11
(8)	12	13	14	15	16	17
(9)	18	19	20	21	22	23
(10)	24	25	26	27	28	29
	30	31				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)		60	61	62	63	64
(11)	66	1	2	3	4	5
(12)	6	7	8	9	10	11
(12)	12	13	14	15	16	17
(13)	18	19	20	21	22	23
(14)	24	25	26	27	28	29
	30	31				

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)						92
(15)	94	4	5	6	7	8
(16)	10	11	12	13	14	15
(17)	16	17	18	19	20	21
(18)	22	23	24	25	26	27
	28	29	30			

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	124	125	126	127	128
(20)	129	130	131	132	133	134
(21)	136	138	139	140	141	142
(22)	143	144	145	146	147	148
(23)	150	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)		152	153	154	155	156
(24)	157	158	159	160	161	162
(25)	164	166	167	168	169	170
(26)	171	172	173	174	175	176
(27)	178	180	181			
	26	27	28	29	30	

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)						182
(28)	185	186	187	188	189	190
(29)	192	194	195	196	197	198
(30)	199	200	201	202	203	204
(31)	206	208	209	210	211	212
	24	25	26	27	28	29
	31					

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	214	215	216	218	219
(33)	220	222	223	224	225	226
(34)	227	228	229	230	232	233
(35)	234	236	237	238	239	240
(36)	241	242	243			
	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						246
(37)	248	250	251	252	253	254
(38)	255	256	257	258	259	260
(39)	262	264	265	266	267	268
(40)	269	270	271	272	273	274
	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						274
(41)	276	278	279	280	281	282
(42)	283	284	285	286	287	288
(43)	290	292	293	294	295	296
(44)	297	298	299	300	301	302
	23	24	25	26	27	28
	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						306
(46)	311	312	313	314	316	317
(47)	318	320	321	322	323	324
(48)	325	326	327	328	329	330
(49)	332	334				
	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						336
(50)	339	340	341	342	344	345
(51)	346	348	349	350	351	352
(52)	353	354	355	356	358	359
(53)	360	362	363	364	365	366
	25	26	27	28	29	30
	31					

7065_202_08/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2012)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2012

JANVIER '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)	2	3	4	5	6	7
(3)	9	●	11	12	14	14
(4)	16	17	18	19	20	21
(5)	23	●	25	26	27	28
(6)	30	31				
29	30	31				

FÉVRIER '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)			32	33	35	
(7)	37	●	1	2	3	4
(8)	44	45	46	47	48	49
(9)	51	●	53	54	55	56
(10)	58	59	60			
26	27	28	29			

MARS '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)				61	62	63
(11)	65	●	67	68	69	70
(12)	72	73	74	75	76	77
(13)	79	●	81	82	83	84
(14)	86	87	88	89	90	91
25	26	27	28	29	30	31

AVRIL '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)	93	●	95	96	97	98
(16)	100	101	102	103	105	
(17)	107	●	109	110	111	112
(18)	114	115	116	117	119	
(19)	121					
29	30					

MAI '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)		●	1	2	3	4
(20)	128	129	130	131	133	
(21)	135	●	137	138	139	140
(22)	142	143	144	145	147	
(23)	149	●	151	152		
27	28	29	30	31		

JUIN '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)					153	154
(24)	156	157	158	159	161	
(25)	163	●	165	166	167	168
(26)	170	171	172	173	175	
(27)	177	●	179	180	181	182
24	25	26	27	28	29	30

JUILLET '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)	184	185	186	187	189	
(29)	191	●	193	194	195	196
(30)	198	199	200	201	203	
(31)	205	●	207	208	209	210
(32)	212	213				
29	30	31				

AOÛT '23						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)			214	215	217	
(33)	219	●	221	222	223	224
(34)	226	227	228	229	231	
(35)	233	●	235	236	237	238
(36)	240	241	242	243		
26	27	28	29	30	31	

SEPTEMBRE '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						245
(37)	247	●	249	250	251	252
(38)	254	255	256	257	259	
(39)	261	●	263	264	265	266
(40)	268	269	270	271	273	
(23)	30	24	25	26	27	28
29						

OCTOBRE '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)	275	●	277	278	279	280
(42)	282	283	284	285	287	
(43)	289	●	291	292	293	294
(44)	296	297	298	299	301	
(45)	303	●	305			
28	29	30	31			

NOVEMBRE '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)			306	307	308	
(46)	310	311	312	313	315	
(47)	317	●	319	320	321	322
(48)	324	325	326	327	329	
(49)	331	●	333	334	335	
25	26	27	28	29	30	

DÉCEMBRE '17						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						336
(50)	338	339	340	341	343	
(51)	345	●	347	348	349	350
(52)	352	353	354	355	357	
(53)	359	●	361	362	363	364
(23)	30	24	25	26	27	28
29						

7895_202_11/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2013)



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

2013

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)					1	2
(7)	35	●	37	38	39	40
(8)	42	43	44	45	46	47
(9)	49	●	51	52	53	54
(10)	56	57	58	59		
	24	25	26	27	28	

MARS *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)					1	2
(11)	63	●	65	66	67	68
(12)	70	71	72	73	74	75
(13)	77	●	79	80	81	82
(14)	84	85	86	87	88	89
	24	25	26	27	28	29
	31					

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		1	2	3	4	5
(16)	8	9	10	10	11	12
(17)	15	16	17	18	19	20
(18)	21	22	23	24	25	26
(19)	28	29	30			
	28	29	30			

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				1	2	3
(20)	126	127	128	129	131	
(21)	133	●	135	136	137	138
(22)	140	141	142	143	145	
(23)	147	●	149	150	151	
	26	27	28	29	30	31

JUIN *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						1
(24)	154	155	156	157	158	159
(25)	161	●	163	164	165	166
(26)	168	169	170	171	173	
(27)	175	●	177	178	179	180
	23	24	25	26	27	28
	30					

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
(29)	189	●	191	192	193	194
(30)	196	197	198	199	201	
(31)	203	●	205	206	207	208
(32)	210	211	212			
	28	29	30	31		

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					1	2
(33)	217	●	219	220	221	222
(34)	224	225	226	227	229	
(35)	231	●	233	234	235	236
(36)	238	239	240	241	243	
	25	26	27	28	29	30
	31					

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		1	2	3	4	5
(38)	252	253	254	255	256	257
(39)	259	●	261	262	263	264
(40)	266	267	268	269	271	
(41)	273	●	275	276	277	278
	29	30				

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)		1	2	3	4	5
(42)	280	281	282	283	285	
(43)	287	●	289	290	291	292
(44)	294	295	296	297	299	
(45)	301	●	303	304		
	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)					1	2
(46)	308	309	310	311	313	
(47)	315	●	317	318	319	320
(48)	322	323	324	325	327	
(49)	329	●	331	332	333	334
	24	25	26	27	28	29
	30					

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)		1	2	3	4	5
(51)	343	●	345	346	347	348
(52)	350	351	352	353	355	
(53)	357	●	359	360	361	362
(54)	364	365				
	29	30	31			

TOME 202 11/12

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

6. MESSAGES EXPLICATIFS (MSG)

6.0 AVANT-PROPOS

Outre les codes (2 chiffres) de transaction (TRA) paraissant à l'état de compte et décrits à la section 5.7.1 de l'onglet PAIEMENT, informant le professionnel de **l'état du règlement** de ses demandes de paiement, la présente partie du manuel contient une autre codification numérique (3 chiffres) pour les messages explicatifs (EXPL.) informant des **motifs à l'appui d'un changement au montant demandé**.

- # La première partie **(6.1)** des messages explicatifs (001 à 099) est en rapport avec le **remboursement de l'assurance responsabilité**, tandis que la deuxième partie **(6.2)** vise principalement les **services médicaux**. Les messages concernant le **Programme de formation continue** sont disponibles dans la Brochure n° 3.

Remarque : Lorsqu'un message explicatif paraît à l'état de compte, le professionnel doit **vérifier** le texte du message ainsi que la description de l'état du règlement, (TRA) et **soumettre s'il y a lieu, une nouvelle demande de paiement ou de remboursement**. (Voir section 5.5.4 à l'onglet PAIEMENT).

6.1 MSG / ASSURANCE RESPONSABILITÉ

- 001** Accusé de réception absent.
- 002** Carte de membre inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.
- 003** Mention « payée » absente sur la facture ou sceau de la banque absent sur la copie du chèque.
- 004** Reçu officiel ACPM inacceptable; veuillez nous fournir l'accusé de réception.
- 005** La demande de remboursement d'assurance responsabilité n'est pas dûment signée.
- 006** La date de début ou de fin de la période est non valide, incomplète, illisible ou absente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.
- 007** Les données inscrites sur la demande de remboursement sont illisibles.
- 008** La copie du médecin a été envoyée au lieu de celle de la Régie.
- 009** Vous n'avez pas répondu à notre demande de renseignements.
- 010** Une lettre explicative vous parviendra sous peu.
- 011** Votre demande de remboursement étant endommagée, elle a été traitée sous le numéro 9999.
- 012** Votre demande de remboursement étant rédigée sur un formulaire périmé, elle a été traitée sous le numéro 9999. Veuillez utiliser dorénavant le formulaire approprié.
- 013** Vous n'avez droit à aucun remboursement d'assurance responsabilité pour cette année, puisque vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.
- 014** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé en excluant les périodes de l'année où vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté, ou autres.
- 015** Quote-part de prime d'assurance responsabilité non remboursable pour une personne décédée.
- 016** La quote-part de prime d'assurance responsabilité a été calculée pour la période de l'année précédant le décès.
- 017** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la période de l'année qui suit la date d'obtention de votre permis de pratique.
- 018** Puisque l'année réclamée est antérieure à la date d'obtention de votre permis de pratique, vous n'avez droit à aucun remboursement.
- 020** Vos revenus ne vous rendent pas admissible au remboursement d'une quote-part de votre prime d'assurance responsabilité. Veuillez nous faire parvenir une demande de révision lorsque vous aurez dépassé le montant prévu.

- 021** Compte tenu que vos revenus pour la période du 1^{er} avril au 31 mars précédant l'année en traitement sont inférieurs à 36 000 \$ et que ceux de l'année en traitement sont supérieurs à 10 000 \$ sans dépasser 36 000 \$, votre remboursement a été calculé selon le 3^e paragraphe de l'article 2.06 de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité. Soumettre une demande de révision si votre situation change.
- 022** Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour tel qu'il paraît sur votre preuve de paiement.
- 023** Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour, frais d'administration, taxes et autres frais exclus.
- 024** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à la franchise. Veuillez soumettre une nouvelle demande quand le montant payé sera supérieur à la franchise.
- 025** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité, car le montant de la prime annuelle est égal ou inférieur à la franchise.
- 026** La quote-part de votre prime d'assurance responsabilité à laquelle vous avez droit pour l'année vous a déjà été remboursée.
- 028** Le délai de facturation prévu à l'entente est expiré.
- 029** Votre demande de remboursement a été traitée selon votre entente à la fin de l'année.
- 030** Le contrat d'assurance fourni excède un an. Nous n'avons traité que la première année seulement. Lorsque l'entente sera en vigueur pour la période non considérée, veuillez soumettre une nouvelle demande de remboursement.
- 032** L'entente est non signée pour l'année réclamée. Votre demande sera réévaluée automatiquement lors de la signature de l'entente. Ne pas soumettre de nouveau.
- 033** Votre remboursement a été calculé selon l'article 4 de l'annexe XII concernant, entre autres, les mesures incitatives dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.
- 034** Une partie de votre remboursement a été calculée selon les dispositions prévues à l'article 4 de l'annexe XII concernant, entre autres, les mesures incitatives dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.
- 036** Vos revenus ne vous rendent pas admissible au versement du montant forfaitaire.
- 037** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 038** Révision d'une demande de remboursement déjà payée.
- 039** Révision effectuée à la suite de votre demande.
- 040** Révision d'un paiement. Une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.
- 042** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 043** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 044** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.

- 045** Révision effectuée à la suite d'un changement d'un ou de plusieurs genres d'activités médicales pour l'année.
- 046** Révision effectuée à la suite d'un changement de la durée de votre période de couverture pour l'année.
- 047** Révision effectuée à la suite de la signature de l'entente pour l'année.
- 048** Révision effectuée pour tenir compte que, durant l'année ou une partie de l'année, vous étiez désengagé, non participant, ou en dehors du québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté ou autres.
- 049** Révision effectuée pour tenir compte de la période de l'année qui précède le décès.
- 050** Remboursement effectué selon les renseignements fournis par votre assureur.
- 051** Les pièces justificatives fournies ne correspondent pas à l'année demandée.
- 053** Le montant forfaitaire a été recalculé selon la prime-témoin de dernier groupe auquel vous appartenez tel que spécifié à l'annexe de la lettre d'entente 75.
- 054** La période couverte par votre demande de remboursement excède un an. Nous avons procédé au règlement de l'année indiquée à votre état de compte. Veuillez soumettre une nouvelle demande pour l'année manquante.
- # **055** Révision d'une demande de remboursement suite à une modification de votre entente.
- # **056** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à votre contribution.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

6.2 MSG / SERVICES MÉDICAUX

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. (*)
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. (*)
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. (*)
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. (*)
- 105** Personne non admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. (*)
- 106** Le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée, telle que fournie. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. (*)
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. (*)
- 112** L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. (*)
- 113** Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. (*)
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. (*)
- 117** La personne n'est pas admissible à un programme d'aide de dernier recours à la date des services. (*)
- 118** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus, parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de six mois applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide de dernier recours n'est pas respecté. (*)
- 120** L'adresse de la personne assurée ne correspond pas à celle inscrite dans nos fichiers. Une vérification est en cours.
- 121** En raison de la règle 6 du préambule particulier de médecine nucléaire, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 123** La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas au fichier d'inscription des personnes assurées.
- 124** Conformément aux instructions de facturation figurant sous les codes d'acte de traitements psychiatriques, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 035.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 125** En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques ou de la règle 8 du préambule de chirurgie, l'acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 127** Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne assurée de 18 à 64 ans inclusivement (réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- # **128** Les honoraires demandés ont été refusés puisqu'ils n'ont pas été réclamés sur un formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200*. Le code de l'acte facturé sur la demande de remboursement présentée par la personne assurée, a été modifié pour correspondre au service assuré en vigueur et présent à la nomenclature de l'entente concernée. Veuillez facturer conformément aux dispositions de l'entente ainsi qu'aux instructions de facturation paraissant dans le Manuel de facturation sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 138** Seuls les médecins participants peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement (voir entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale).
- 139** Conformément à l'entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale, il ne peut être payé qu'un demi-forfait par période de 6 mois.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** Nos fichiers indiquent qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.
- 143** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté.
- # **144** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance, même s'il est facturé avec plus d'un modificateur. Le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 145** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance, même s'il est facturé avec plus d'un modificateur.
- 146** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins qui évaluent l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147** Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- 148** Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte 09810 « Comparution à la cour ».
- 149** Vous ne pouvez être rémunéré pour le code d'acte demandé car les services payables au regard d'une ordonnance de traitement, sont ceux de votre entente générale.

- 150 En raison de la règle 3.1 du préambule de la radiologie diagnostique, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.
- 151 En raison de la règle 7.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 152 En raison de la règle 8.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 153 En raison de la règle 10.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 154 En raison de la règle 11.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 156 En raison de la règle 2.4.7.4 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 160 Selon la note ou la remarque inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable.
- 161 Selon la note inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable, car la chirurgie a été pratiquée sous anesthésie générale et réclamée par un autre professionnel.
- 162 Cet acte ne peut vous être payé car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 ou 062 en précisant les modificateurs pertinents dans la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 164 Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).
- 165 Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient et a déjà été payé à un autre professionnel (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).
- 166 En raison de la règle 2.4.4 du préambule général, aucun paiement d'honoraires n'est prévu pour l'observation, le médecin n'est rémunéré que pour les **services médicaux** qu'il a lui-même fournis.
- 167 Cet acte est non payable puisqu'il vous a été payé en rôle 2 pour l'acte codé en référence.
- 168 Cet acte est non payable puisqu'il a été payé à un autre professionnel en rôle 2 pour l'acte codé en référence.
- # 171 Le service n'est pas payable, car la personne assurée en a déjà fait le paiement à l'établissement où les services ont été rendus.
- 174 Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.
- 175 L'anesthésie est non payable, car sur l'une des lignes du service le modificateur utilisé est incompatible avec l'établissement. Veuillez vérifier le modificateur et le code d'établissement et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 193 Conformément à l'Entente particulière clinique-réseau, les modificateurs 176 et 180 ou leurs multiples sont acceptables seulement dans une clinique-réseau.
- 194 Le modificateur ou le code d'acte utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains CHSGS, Entente particulière Centre de santé Chibougamau et Entente particulière soins intensifs ou coronariens).

- 196** Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement. S'il y a lieu, veuillez vérifier si votre établissement adhère toujours au même régime (Régime A ou B) (réf. : Entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés ou de la règle 2.2.9 B du préambule général).
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** En raison de votre statut de professionnel non-admissible, les services facturés ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. (Références: art. 36 de la Loi sur l'assurance maladie, art. 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et art. 16.01 - 5e alinéa de votre entente.
- 204** Nous n'avons pas reçu votre nomination ou votre octroi de privilèges d'exercice en médecine de laboratoire.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 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. Nos services d'assistance aux professionnels peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 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.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 217** Seul le médecin autorisé à se prévaloir des dispositions de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS » - Régime A (MOD 126) - Régime B (MOD 151) ou de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut facturer avec un de ces modificateurs pour les services médicaux rendus dans ces établissements.
- 218** Seul le médecin qui fait partie du groupe autorisé par la lettre d'entente n° 132 peut se prévaloir du forfait dispensé dans le service d'urgence d'un établissement.
- 220** À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.3 et 2.2.3A).
- 221** À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen psychiatrique complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.5).
- 222** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services vous déteniez des privilèges en obstétrique ou des privilèges complets dans une discipline chirurgicale dans l'établissement où les 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.

- 224** Les services ne peuvent vous être payés parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 225** Les services ne peuvent vous être payés puisqu'ils ne sont pas assurés (réf. : Loi sur l'assurance maladie, art.3).
- 230** Selon nos dossiers, le professionnel ne détient pas de privilèges lui permettant d'interpréter des électrocardiogrammes en centre hospitalier et en C.L.S.C., à la date des services.
- 232** La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives car il a déjà été payé à un autre professionnel.
- 235** En raison de la règle 8.2 du préambule de chirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.
- 245** En raison de la règle 8.2 du préambule de chirurgie, les chirurgies multiples dont au moins une d'elles paraît sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles paraissant sous la rubrique « Nerfs périphériques », pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- # 249** Le numéro d'inscription à la Régie du professionnel référant doit apparaître sur la demande de paiement.
- 250** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié. Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers. Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 254** L'avis de service que vous détenez ne vous permet pas d'être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 255** Selon la nomination que vous détenez dans l'établissement, vous ne pouvez réclamer ce forfait ou utiliser ce modificateur que les samedi et dimanche (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).
- 260** Le professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible, à la date de l'acte.
- 276** Conformément à l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, il ne peut être payé qu'un montant forfaitaire par semaine, **par GMF** au médecin responsable, du dimanche au samedi.
- 277** Seul le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet peut facturer l'allocation supplémentaire prévue à la lettre d'entente n° 131.
- 279** Le nombre maximum permis est dépassé pour le supplément de responsabilité (réf. : Préambule général, règle 2.2.6B).
- 280** Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. (*)
- 282** Honoraires payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 290** Le maximum payable est dépassé en raison de l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables.
- 291** En raison de l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables, ce code est non payable ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 292** Conformément à l'annexe V de l'Entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, le maximum prévu est dépassé.
- 293** Les honoraires demandés ont été refusés; un seul demi-forfait par jour est payable (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).
- 294** Les honoraires demandés ont été refusés : le nombre maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (réf. : Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »).
- 295** Les honoraires demandés ont été réduits ou refusés : le nombre d'heures maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (Entente particulière pour la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés).
- 296** Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine.
- 297** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : Préambule général, règle 2.9).
- 298** Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299** Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif; le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300** Dates d'examen rectifiées conformément aux renseignements fournis sur la demande de paiement.
- 301** Sur une ligne de la section VISITES de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. (*)
- 302** Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 303** Les honoraires demandés ont été refusés **ou modifiés** : le nombre maximum annuel prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé.
- 304** Honoraires du service ou du forfait refusé puisqu'ayant déjà fait l'objet du versement d'un montant forfaitaire.
- 305** La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont facturés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du formulaire.
- 306** Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- 308** Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée. Voir la note sous « Angioradiologie (technique) », onglet « Radiologie diagnostique ».

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 309** La date d'accident est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. Voir la date de réception dans la colonne DATE sur votre état de compte.
- 310** Conformément à une décision administrative de la CSST. La date d'accident n'est pas valide.
- 311** La date de naissance de la personne assurée est postérieure à la date des services rendus.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. Voir la date de réception dans la colonne DATE sur votre état de compte.
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit être rédigée selon les indications inscrites aux sections 5.5.4 et 5.6 sous l'onglet « Paiement ».
- 317** En raison de son libellé (description), le modificateur utilisé est incompatible avec ce jour de la semaine.
- 320** La date de l'acte facturé sur cette ligne est erronée. (*)
- 321** La date de l'acte facturé sur cette ligne est manquante, illisible ou incomplète. (*)
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 329** En raison de la règle 2.7 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 330** Le modificateur utilisé est incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 1.4 du préambule particulier de la médecine nucléaire).
- 332** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé que s'il est précédé d'une anesthésie.
- 342** En raison de la règle 2.2.6 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 343** En raison des règles 1.1.5 et 2.2.6 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 346** En raison de la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie (tarif des services de laboratoire), cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence. (*)
- 347** En raison de la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie (tarif des services de laboratoire), cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel. (*)
- 348** En raison de la règle 15.2 du préambule particulier de la radiologie diagnostique (tarif des services de laboratoire), cet acte est inclus avec celui indiqué en référence. (*)

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 349** Vous ne pouvez demander d'autres services lorsque vous facturez le code d'acte du tarif global (09099) lors du déplacement d'urgence (réf.: Pr. général, règle.1.5).
- 350** L'acte demandé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 355** En fonction du libellé (description) de l'acte ou de l'avis s'y rapportant.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 357** En raison de son libellé (description), une seule valeur de base est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- 358** En raison de son libellé (description), une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- # 360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 363** L'acte est non tarifé. Voir Préambule général, règles 1.3.1 à 1.3.5.
- 364** Conformément à la règle 1.3.1 du préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 368** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui en référence. (réf. : Préambule général, règle 2.2.6C, paragraphe 3).
- 369** Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour correspondre à l'âge de la personne assurée. Veuillez référer à l'onglet « Consultation et examen ».
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 371** Sexe de la personne assurée incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leurs libellés (description) respectifs, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 378** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services, en tenant compte des dispositions relatives à la rémunération différente et des données inscrites sur la ligne de service.

- 380** Code d'acte requérant des renseignements supplémentaires pour son évaluation.
- # **381** Vous devez inscrire le numéro du CSSS valide (94XXX), la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utilisez la lettre A dans la case C.S.).
- 382** Le nombre de personnes traitées n'atteint pas le minimum requis pour cet acte à traitement collectif.
- 383** Ce code d'acte doit être facturé dans la section « Actes ».
- 385** Le maximum payable est dépassé.(réf. : Préambule général, règle 2.2.6C, paragraphe 3 ou 4, selon le cas).
- 386** Selon la règle 1.3 du préambule général, la Régie ne peut autoriser cette facturation pour un acte médical non tarifé.
- 387** Le maximum payable **et** déjà payé à un autre professionnel est dépassé (réf. : Préambule général, règle 2.2.6C).
- 389** Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.
- 392** Conformément au maximum prévu à la note relative à cet acte.
- 393** Conformément au maximum prévu à la note relative à cet acte, lequel a déjà été payé à un autre professionnel.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 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 est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 402** L'acte 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** À l'intention d'un professionnel détenant un privilège en radiologie diagnostique dans un centre hospitalier . Les services rendus en établissement doivent être facturés selon les modalités de facturation établies. Voir la règle 1.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique.
- 405** L'anesthésie est non payable, car l'une des lignes du service comporte une erreur de facturation. Veuillez vous référer au message explicatif et refacturer l'ensemble de l'acte anesthésique.
- 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 facturé 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 reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.

- 411** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) 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 pour le rôle 1.
- 418** Le code d'acte pour lequel vous demandez le paiement du rôle 4 n'a fait l'objet d'aucune demande d'honoraires de la part du chirurgien principal.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 421** À la suite d'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** À la suite d'une évaluation médicale, l'acte est payé, en considération spéciale, selon les honoraires apparaissant à votre état de compte.
- 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'article 30.06 du mécanisme de dépannage, 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 pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.

- # **442** Selon la règle 1.4 du préambule général, le forfait compensatoire (code 09996 ou 09998) est payable seulement si le médecin assume seul sur place, la garde de soir ou de nuit. Toutefois, un deuxième médecin est autorisé pour la garde de nuit dans certains établissements désignés et le forfait compensatoire (09994) est alors permis. Veuillez effectuer une demande de révision pour les actes médicaux posés au cours de la période de garde et qui vous ont été payés à 50 % (MOD 096) ou à 97 % (MOD 097).
- 443** Selon la règle 1.6 du préambule général, l'acte facturé en rôle 2 est non payable.
- 448** Conformément au maximum prévu au préambule particulier de biochimie médicale.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 463** En raison de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 475** Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 046 et ses multiples est acceptable seulement en cabinet privé et en CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.
- 476** Conformément à la règle 2.2.9 A ou 2.2.9 C du préambule général, le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.
- 477** Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 101 est acceptable seulement pour une unité de médecine familiale désignée.
- 478** En raison de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 479** Le maximum du nombre de forfaits de garde en disponibilité autorisé est dépassé selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.

- 493** En raison de l'article 6 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 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 l'examen, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 501** Les forfaits 08896, 09997, 19107 comprennent la prestation de l'ensemble des services médicaux fournis au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.
- 504** Code d'acte payable les fins de semaine, seulement.
- 506** Code d'acte payable les fins de semaine et les jours fériés seulement.
- 508** L'examen complet majeur ne peut être facturé 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 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 510** En raison de la règle 1.1.1 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison des règles 1.1.1 et 1.1.5 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 513** En raison de la règle 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 514** En raison des règles 1.1.5 et 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8 du préambule de chirurgie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 519** En raison des règles 1 et 2 (2^e alinéa) du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison des règles 1 et 2 (2^e alinéa) du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 6 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 526** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 528** En raison de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 531** En raison de la règle 5 du préambule de chirurgie, l'acte pour lequel vous demandez paiement est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.
- 534** En raison de la règle 2.02 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 535** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2.02 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 538** En raison de la règle 2.04 du préambule particulier du musculo-squelettique, l'acte pour lequel vous demandez paiement est sujet à l'application du modificateur 024 ou 025 ou 027.
- 539** En raison de la règle 3.01 du préambule d'anesthésie-réanimation, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540** En raison de la règle 9.01 du préambule d'anesthésie-réanimation, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 541** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 542** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 543** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 544** En raison de l'article 7 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

- 545** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de l'article 7 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 548** En raison de leurs libellés (description) et de la règle 1.1.5 du préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 551** En raison du régime A ou B de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains CHSGS, le paiement de cet acte ne peut être demandé.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 557** Aucun honoraire ne figure au tarif pour le rôle inscrit sur la demande de paiement. Veuillez soumettre ce cas à votre Fédération.
- 559** Acte non payable car le patient inscrit ne présente pas une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'Annexe V de l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille.
- 560** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.
- 561** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.
- 562** Selon leur définition, ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.
- 564** Le code d'acte utilisé a été changé pour le rendre conforme à celui indiqué par le médecin en rôle 1.
- 565** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 566** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 567** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.
- 568** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 du préambule particulier de la chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 570** Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte dans le cadre de votre entente.
- 571** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.
- 572** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.

- 574** L'heure indiquée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne correspond pas avec le modificateur employé. (*)
- 575** Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir 4.2.6, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 578** Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison des modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 583** En raison de la règle 2.05 du préambule particulier du musculo-squelettique, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 049.
- 584** Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.
- 587** Conformément à la NOTE 3 sous le titre « Fracture - colonne », vos honoraires sont réduits au tiers (MOD 059) parce qu'un autre médecin a facturé le temps orthopédique (MOD 058)
- 588** On accorde au médecin anesthésiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance (Ref. : Préambule d'anesthésie-réanimation, règle 10.01).
- 590** Conformément à la NOTE 3 sous le titre « Fracture - colonne », vos honoraires sont réduits aux deux tiers (MOD 058) parce qu'un autre médecin a facturé le temps chirurgical (MOD 059).
- 591** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de médecine nucléaire, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour paiement.
- 593** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de médecine nucléaire, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire.
- # **595** Selon l'article 10 de l'annexe XIII, vous n'avez pas la désignation requise pour être rémunéré pour cet acte.
- 596** La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.
- 597** Conformément à la règle 9 du préambule particulier de l'anesthésie-réanimation, le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.
- 598** À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis administratif qui figure sous l'acte facturé.
- 600** La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : Entente particulière en anesthésie en CHSGS). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 601** Conformément à l'AVIS relatif aux traitements psychiatriques, les honoraires doivent être 0 \$ lorsque le modificateur 035 est utilisé.

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu*

- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 614** Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la ligne de service ou sur la demande de paiement.
- 616** Les honoraires demandés ont été réduits, le montant maximum par jour pour l'ensemble des professionnels de l'établissement ayant été dépassé. (Ententes particulières visant la rémunération de certaines gardes en disponibilité).
- 617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical .
- 618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour l'ensemble des soins du nouveau-né en santé ou des soins post-partum.
- 620** Conformément à l'article 11 du préambule particulier de l'obstétrique, lorsqu'il y a un partage de la rémunération, chacun des médecins se prévaut des 2/3 des honoraires visés.
- 621** Conformément à l'annexe XIII de l'Entente, seuls les médecins désignés par la CSST ou pour l'IVAC peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622** Conformément à l'annexe XIII de l'Entente, seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 625** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.
- 634** En raison des règles 1 et 5 du préambule de la chirurgie, les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.
- 635** En raison des règles 1 et 5 du préambule de la chirurgie, les soins postopératoires confiés ne peuvent être réclamés plus d'une fois (déjà réclamé par un autre professionnel).
- 638** La majoration d'honoraires pour un examen d'urgence (modificateur 014) est payable seulement dans les centres hospitaliers de courte durée.
- 639** Vous avez utilisé un modificateur qui ne peut être accepté dans l'établissement identifié sur votre demande de paiement (réf. : Préambule général, règle 1.4, l'Annexe IX de l'entente, article 5.3 ou 5.4 ou l'Annexe XVIII ou la Lettre d'entente n°164).
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'**AVIS** relatif à l'acte facturé.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu*

- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».
- 650** Demande de paiement soumise à une expertise particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept quantième(s) (dates) par ligne peuvent être inscrits 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 matricule fictif.
- 653** Conformément à l'article 7.00 de l'Entente particulière «Malades admis en certains CHSGS» ou des modalités de l'Annexe XVIII, vous ne pouvez facturer le code d'acte inscrit sur la demande de paiement.
- 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** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09272. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains C.L.S.C. ou la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains C.L.S.C. dans le cadre du réseau de garde intégré.
- 658** Mode de facturation non conforme pour le code d'acte inscrit. Voir l'**AVIS** sous la règle 1.4, Préambule général ou sous article 5.01 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSCG désignés ».
- 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.
 - La date d'événement ou d'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 au nombre de quantième(s) (dates) mentionnés dans la case JOUR. Voir 4.2.8, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.

- 669** Dans la section VISITES, les honoraires demandés doivent être inférieurs à **1 000 \$ par ligne.** (*)
- 676** Conformément aux explications figurant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- 678** Selon la Lettre d'entente n° 77, ou l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés, il y a incompatibilité entre les modificateurs inscrits à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (*)
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 681** Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.
- 682** Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.
- 683** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 684** Demande de paiement rectifiée suite à la mise à jour des inscriptions pour un médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF ou relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi à la clientèle.
- # **685** Facturation inexacte du modificateur 061. Voir annexe IX article 5.3 de l'Entente. Veuillez refacturer en utilisant le modificateur 096, 097, 105, 106, 107, 108, 401, 402 ou 403 seulement.
- 686** Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte codifié au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.
- 689** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **avant** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **depuis** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 700** Sur cette demande de paiement, seule la ligne « Déplacement » est remplie. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus, la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988) n'a pas été rempli.
- 704** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.
- 705** Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 706** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- 707** Le temps de déplacement (code 09992) ne peut être facturé seul. Veuillez refacturer en fournissant les renseignements et les documents concernant vos frais de déplacement. Si ceux-ci ont déjà été transmis à la Régie avec une autre demande de paiement, inscrire le numéro dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 708** La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance **unidirectionnelle** établie selon les outils de mesures déterminés par les parties négociantes.
- 709** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 du mécanisme de dépannage, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres. Si vous utilisez uniquement votre véhicule personnel **OU** si vous utilisez d'autres moyens de transport, vous devez inclure le kilométrage dans les frais demandés (utilisation de l'acte **09991**) pour tous les moyens de transport utilisés pour votre déplacement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 710** Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.
- 711** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.10 du mécanisme de dépannage, les conditions pour avoir droit au remboursement des frais de transport prévu lors d'une sortie aller-retour ne sont pas remplies.
- 712** Les frais de transport demandés ne sont pas autorisés.
- 714** Les frais de déplacement sont payables seulement si le professionnel détient un contrat de dépannage à la date des services.
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716** Selon l'article 30.09 du mécanisme de dépannage, les frais de déplacement demandés sont supérieurs au maximum prévu.

- 717** Conformément à l'article 30.00, les codes d'acte **09991** et **09992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans le cadre du dépannage.
- 718** Absence de code d'acte justifiant la réclamation du déplacement sur la demande de paiement.
- 719** Les honoraires ont été ajustés ou refusés conformément aux dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage.
- 720** Un déplacement de plus de soixante kilomètres doit faire l'objet d'une demande de considération spéciale à partir du 1^{er} octobre 2008. Avant cette date, le déplacement devait être de plus de quarante kilomètres.
- 721** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- # **722** Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour identifier les services dans le cadre du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'inscription de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'exclure les services du calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.
- # **723** Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour exclure les services du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'annulation de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'inclure les services dans le calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Le temps de déplacement a été modifié ou refusé compte tenu du nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- 727** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09090. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels en anesthésie, dans certains centres hospitaliers de courte durée.
- 728** Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables par le mode de rémunération à l'acte, mais plutôt à tarif horaire. Nous avons introduit celle-ci dans le système approprié et elle paraîtra de nouveau sur un prochain état de compte.
- 729** En raison de la règle 2.06 du préambule particulier du musculo-squelettique, la majoration des honoraires ne s'applique pas.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 732** La réclamation des frais de kilométrage n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (09992) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 733** Un seul forfait est permis pour une même période de garde (article 7.03 de l'Entente particulière : « Anesthésie dans certains C.H. de courte durée »).
- 734** Un seul forfait est permis pour une même période de garde et déjà facturé par un autre professionnel (article 7.03 de l'entente particulière : « Anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée »).
- 735** Conformément à la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.

- 736** Conformément à la règle 2.9 du préambule général, les modificateurs 060 et 063 sont acceptables seulement dans un centre hospitalier de courte durée.
- 750** Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez-vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 756** Seul le médecin agréé par le comité d'éthique d'un centre hospitalier désigné peut être rémunéré pour cet acte.
- 760** Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.
- 766** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 769** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 770** Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), une seule indemnité de déplacement peut être accordée par période de dépannage pour un même établissement.
- 772** Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 accompagnée de pièces justificatives.
- 773** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 775** Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 776** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 777** Ce modificateur est applicable seulement pour un service rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 787** Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788** Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre professionnel.
- 790** Frais de déplacement non acceptables en raison de l'article 7.01 de la Lettre d'entente n° 116).
- 791** Code de forfait payable à un médecin faisant partie du groupe de médecine de famille, correspondant à l'établissement facturé. (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 792** Seul le médecin responsable d'un groupe de médecine de famille peut être rémunéré pour ce code de forfait (réf. : Section VI, annexe V, Entente particulière concernant les GMF).
- 793** Pour être rémunéré pour cet acte, vous devez avoir inscrit ce patient (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 794** Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.

- 795** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 796** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 797** Le temps de déplacement facturé a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 798** Acte payable à un médecin inscrit à un programme de ressourcement (réf. : Lettre d'entente n° 131).
- 799** Pour facturer ce code de forfait, vous devez être un médecin faisant partie du même GMF que le médecin de famille de la patiente inscrite sur la demande de paiement.
- 800** Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. (*)
- 802** Le code d'établissement **ou** de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. (*)
- 803** Le code d'établissement **ou** de localité, est manquant, illisible ou incomplet. (*)
- 804** Le code d'établissement **ou** de localité, est inexistant à la date des services. (*)
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement.
- 808** Conformément à l'article 22, alinéa q.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. (*)
- 815** Selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille, cet acte ne peut être facturé puisqu'aucun forfait de garde en disponibilité n'est autorisé à cet établissement.
- 816** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en centre hospitalier.
- 821** La date d'entrée à l'établissement est erronée. (*)
- 822** La date d'entrée à l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. (*)
- 823** Selon les paragraphes 5.01 et 5.02 de l'E.P. - Médecin enseignant, il y a incompatibilité entre le code d'acte réclamé et le numéro de facturation inscrit dans la case Code d'établissement.
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas accepté pour les services rémunérés à l'acte. (*)

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 828** Code de forfait requérant un code d'établissement faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF). (*)
- 829** Conformément aux ententes particulières concernant la rémunération de certaines gardes et/ou lettre d'entente et/ou à la règle 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 836** Un seul forfait est permis pour une même période de garde (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).
- 837** Un seul forfait est permis pour une même période de garde et celui-ci a déjà été payé par la Régie à un autre professionnel (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).
- 838** Le maximum de forfaits de garde est dépassé. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 840** Selon sa nature ou son libellé (description), cet acte ne peut être facturé que lorsqu'effectué dans un établissement disposant d'une unité de soins intensifs pour grossesse à risque élevé, reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 844** Tel que stipulé à l'annexe XVI, vous ne pouvez à la date des services, exercer dans l'établissement mentionné sur la demande de paiement.
- 845** Les services facturés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté et concerné par une exception prévue au paragraphe 1.11 ou 4.10 de l'annexe XV doivent être dispensés lorsque requis par un établissement ou par une direction régionale de santé publique et autorisés par accord
- 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. : Entente particulière en anesthésie en CHSGS)
- 848** Lorsque vous remplacez temporairement un médecin omnipraticien ou spécialiste pour rendre des services anesthésiques, dans certains centres hospitaliers de courte durée, vous devez obligatoirement facturer à la vacation.
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 850** Conformément aux accords, lettres d'entente et ententes particulières relatifs aux modes de rémunération, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire ou selon un per diem.
- 851** Selon l'entente particulière « Rémunération soins psychiatriques », ces services doivent être facturés selon le mode des honoraires fixes ou de la vacation.
- 852** La rémunération à l'acte dans cet établissement requiert la signature d'un contrat de services spécifique.
- 853** Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'effectuer de la garde dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande.
- 854** Conformément aux modalités prévues à votre entente particulière et selon votre nomination spécifique, la garde sur place est rémunérable à honoraires fixes.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 860** Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'être rémunéré pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 862** Selon nos fichiers, la date du service facturé est à l'extérieur de la période du contrat de dépannage rémunéré à l'acte dans cet établissement.
- 863** Dans le cadre du mécanisme de dépannage rémunéré à l'acte, ce service doit être facturé dans la section « Actes ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 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.
- 868** Conformément à l'E.P. relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, les deux forfaits de soutien au démarrage sont payés seulement pour chacun des 150 premiers patients vulnérables que le médecin inscrit.
- 869** Conformément à l'E.P. relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, le premier forfait facturé lors de l'inscription de ce bénéficiaire doit avoir été payé afin d'autoriser le second à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectuée plus de douze (12) mois après l'inscription.
- 871** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **per diem** au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. **Ce service ne doit pas être refacturé.**
- 873** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **per diem** au cours d'une journée au sein d'un établissement, ne peut être rémunéré au sein d'un autre établissement pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h. **Ce service ne doit pas être refacturé.**
- 874** Conformément à l'article 6.07 de l'Entente particulière en anesthésie (CHSGS), le médecin qui réclame un **demi per diem** au cours de la plage horaire de l'après-midi (plage no 3), ne peut être rémunéré pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 12 h en cabinet ou dans tout établissement. **Ce service ne doit pas être refacturé.**
- 875** Pour ce patient, nous avons reçu la confirmation de son inscription auprès d'un autre médecin. Nous avons procédé à l'annulation de votre inscription pour ce patient.
- 876** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient doit être inscrit au moyen du formulaire prescrit.
- 877** Nous ne retrouvons aucune identification du médecin de famille, à la date des services, à partir des informations inscrites sur la demande de paiement. Pour l'enfant de moins d'un an, qui n'a pas sa carte d'assurance maladie, les renseignements présents sur la demande de paiement doivent être identiques à ceux que vous nous avez transmis lors de l'identification médecin-patient. (*)

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 878** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit doit présenter une des catégories de problème de santé décrites à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle.
- # **879** Vous ne rencontrez pas le nombre de patients requis dans la journée pour réclamer la compensation pour les frais de cabinet.
- 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.
- 881** Code de forfait payable à un médecin faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 882** Pour être rémunéré pour cet acte, le médecin doit avoir inscrit un patient au moyen du formulaire prescrit.
- 886** Conformément à l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, seuls les médecins d'un même groupe de pratique peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 887** Le code d'acte facturé doit être celui à utiliser dans le lieu de suivi habituel.
- 888** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient doit être inscrit au moyen du formulaire prescrit. Dans le cadre de la pratique de groupe, le professionnel doit inscrire le numéro de facturation (octroyé par la Régie) du lieu où le groupe de pratique est constitué.
- 889** Conformément à l'E.P Garde sur place – certains établissements et à l'article 1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence du préambule général de l'annexe V, vous devez utiliser un modificateur de pourcentage pour la facturation du service.
- 890** Conformément à la lettre d'entente 229, seuls les médecins ayant une entente de partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 900** Demande de paiement annulée suite à 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 signée.
- 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 dans votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. (*)
- 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'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 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.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 909** Aucune information ne paraît sur la ligne de service. (*)
- 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.
- 914** Lorsqu'un acte de traitement collectif est facturé, le numéro d'assurance maladie des personnes assurées concernées doit être inscrit tel qu'indiqué à la section 4.2.4.2 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 n° 1549.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 926** Cet acte médico-administratif ne peut être payé pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis, la présence de l'acte prérequis ne respecte 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** Services déjà réclamés 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 ou est erroné. (Voir 4.2.2 ou 4.2.3, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). (*)
- 941** Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est absent ou erroné. (Voir 4.2.5, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). (*)
- 942** La date des services est manquante, incomplète ou erronée. (Voir 4.0, section : Avant-propos, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). (*)
- 944** Tout acte dont les honoraires sont de 1 000 \$ ou plus doit figurer seul sur une demande de paiement. (*)

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. (*)
- 947** Aucun service ne peut être facturé sur le même formulaire n° 1200 qu'un code relatif à l'identification à la Régie de la clientèle vulnérable ou à l'inscription générale de la clientèle.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié pour faire suite à 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.
- 961** La constatation de décès est payable au médecin qui ne participe ni au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.
- 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 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, une règle du Préambule général ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.
- 971** Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et **facturé par un autre médecin**, 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 médecin**.
- 974** En raison de la règle 2.11 du préambule particulier du musculo-squelettique, le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.
- 975** En raison de la règle 2.11 du préambule particulier du 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 des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 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 médecin** 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**.
- 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 RÉGLEMENT du rapport « retour d'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 998** À l'usage de la Régie, ne pas en tenir compte. Dossier assujetti aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

6.3 MSG / PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

- # AVIS : *Les messages explicatifs concernant le programme en formation continue sont déplacés dans la Brochure no 3 des médecins omnipraticiens.*

DISPOSITIONS TARIFAIRES**ENTENTE DU 1^{er} SEPTEMBRE 1976 (Voir Brochure n° 1)**

1. Ce cahier est un document administratif pour fins de facturation des actes médicaux.

Il contient, outre le texte des préambules et de la nomenclature des actes, des renseignements supplémentaires d'ordre administratif.

Ces renseignements sont inscrits en caractère différent (italique) précédés du mot AVIS et sont ajoutés dans le but de faciliter la facturation. Il s'agit de précisions, de références ou d'instructions de facturation. L'expression « AVIS ADMINISTRATIF » est donc remplacé par « AVIS ».

Les tarifs inscrits sont en vigueur depuis le 1^{er} mars 1993 **sauf ceux modifiés par les amendements subséquents.**

2. Lorsqu'il y a lieu d'interpréter, d'analyser et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente, il faut se reporter aux lois mêmes, aux décrets, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originales.

INDEX

	Page
A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL	
1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION	A-2
1.1 Rémunération pour un service médical	A-2
1.2 Rémunération pour un service médical exigé par un règlement	A-4
1.3 Rémunération pour un service médical non tarifé	A-4
1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence	A-5
1.5 Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit	A-7
1.6 Rémunération du rôle 1 et du rôle 2	A-8
1.7 Année d'application	A-8
2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION	A-8
2.1 Consultations	A-8
2.2 Examens	A-10
#2.3 Psychothérapie	A-21
2.4 Divers	A-21
#2.5 Présomption	A-28
#2.6 Indicateurs administratifs	A-28
#2.7 Conseil génétique ou génique	A-28
2.8 Patient de soixante-dix (70) ans ou plus dans un service d'urgence (abrogé)	A-28
#2.9 Procédés et chirurgies pédiatriques	A-29
#2.10 Consultation en éthique clinique	A-29
#2.11 Actes spécifiques aux soins intensifs	A-30
ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL - ACTES INCLUS	A-31
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 a) ii DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-35
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	A-39
SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION	A-39
MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE	A-39
DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA	A-40
DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-42
SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES (<i>Liste des adresses</i>)	A-44
TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-45

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION

Le médecin est rémunéré suivant le tarif prévu pour un service médical qu'il a lui-même fourni au patient, avec ou sans la participation d'un personnel auxiliaire.

1.1 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL

1.1.1 Actes inclus

Est comprise dans l'honoraire de l'examen, de la consultation ou d'un autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l'annexe I du préambule général. (voir page A-30)

1.1.2 Considération spéciale

Un service médical peut être rémunéré en raison d'une considération spéciale (C.S.) lorsqu'il :

- a) est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire, ou
- b) apparaît au tarif à titre d'acte demandant une considération spéciale.

Pour toute demande de rémunération d'un service médical en raison d'une considération spéciale, le médecin doit fournir à la Régie les seuls renseignements requis pour fins d'appréciation du relevé d'honoraires.

AVIS : Voir section 4.2.7, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

1.1.3 Enseignement clinique

Le médecin a droit au paiement de ses honoraires pour les services médicaux qu'il dispense avec le concours d'un médecin résident ou d'un stagiaire adhérent au programme de ressourcement en médecine hospitalière selon les modalités prévues à une lettre d'entente en établissement affilié ou en cabinet privé reconnu par une université.

Il doit être présent lors de certaines phases de la prestation de services médicaux et y participer.

Il doit en outre contrôler les observations consignées au dossier médical et les contre-signer.

Nul honoraire n'est payable au médecin qui voit un patient dans le cadre d'activités d'enseignement ou de recherche, sauf s'il s'agit d'un patient dont il est le médecin traitant ou qui lui a été dirigé en consultation.

Le cabinet privé reconnu doit transmettre au Ministre une attestation de cette reconnaissance. Les dispositions du présent article s'appliquent pour la durée de cette reconnaissance.

1.1.4 Frais accessoires

Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires ci-après mentionnés dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente et pour lesquels les honoraires de rédaction sont inclus dans la rémunération de l'examen ou de la consultation, ou sont prévus au tarif :

- le certificat médical requis en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu*;
- le formulaire médical requis en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental*;
- les formulaires médicaux requis en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*.

En cabinet privé, le médecin peut obtenir du patient compensation pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier.

Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation.

1.1.5 Honoraire global

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

Toutefois pour l'honoraire global relatif aux soins du nouveau-né en santé ou pour les soins post-partum, une règle particulière prévoit une dérogation à cette règle générale.

AVIS : *Pour la règle particulière relative aux soins du nouveau-né, voir le paragraphe 2.4.3 du préambule général. Pour celle concernant les soins post-partum, voir le paragraphe 4 du préambule particulier d'obstétrique.*

Il en est de même pour les règles particulières de tarification touchant les actes chirurgicaux qui prévoient une dérogation dans le cas du médecin qui se voit confier la responsabilité de soins postopératoires pendant l'hospitalisation du patient. Quant aux mêmes soins, certaines dérogations sont également prévues par le préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

1.1.6 Lieu de pratique

a. Cabinet privé

Les taux d'honoraires applicables en cabinet privé ne peuvent être réclamés pour des services médicaux dispensés dans un local d'un établissement, même si le médecin, de facto ou en vertu d'un contrat de location ou autrement, a l'usage exclusif de ce local.

b. Domicile

La tarification de la visite à domicile s'applique lorsqu'un patient est vu ailleurs qu'au cabinet ou établissement, sauf disposition contraire au tarif.

Constitue un même domicile pour fins de tarification toute unité d'habitation regroupée sous un même toit.

Lorsque la visite à domicile comporte l'examen de plus d'un patient, chaque examen fait auprès d'un patient additionnel est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire, de l'examen complet ou de l'examen psychiatrique complet, au cabinet, sauf mention contraire au tarif.

Toutefois, jusqu'à concurrence d'un maximum de deux (2) patients additionnels par séance, l'examen fait auprès d'un (1) patient additionnel en perte sévère d'autonomie est rémunéré selon le tarif prévu pour ce patient.

AVIS : *Le code d'acte 00075 doit être facturé seulement pour les deux premiers patients additionnels. Si d'autres patients sont vus au cours de la même séance, le médecin doit alors facturer un des codes d'acte suivants : 00022, 00074, 08855, 08856, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880 et 08881.*

c. Établissement

La prestation pour les services médicaux en établissement tient compte de l'utilisation des locaux et des services rendus par le personnel de l'établissement.

Les honoraires prévus pour les services médicaux dispensés en établissement sont payables en tout lieu aménagé par le Ministre, un établissement ou un organisme public pour la dispensation de services médicaux.

AVIS : Voir section 4.2.5, onglet Rédaction de la demande de paiement.

+ d. Centre de détention

Malgré ce qui précède, un centre de détention est réputé être un établissement, autre qu'un CLSC ou une UMF en centre hospitalier. Lorsque les services y sont rendus selon le mode de l'acte, la tarification applicable est celle qui s'applique à un domicile.

AVIS : Inscrire le code d'établissement spécifique lors de la facturation dans un centre de détention.

Établissements visés par la règle 1.1.6 C du préambule général :

Établissement de détention d'Amos (70026); Établissement de détention de Baie-Comeau (70046); Établissement de détention de Chicoutimi (70076); Établissement de détention de Havre-Aubert (70096); Établissement de détention de Hull (70106); Établissement de détention de Montréal (70166); Établissement de détention Tanguay (70186); Établissement de détention de New-Carlisle (70196); Établissement de détention de Québec (70216); Établissement de détention de Roberval (70246); Établissement de détention de Rimouski (70266); Établissement de détention de Sept-Iles (70276); Établissement de détention de Sherbrooke (70286); Établissement de détention de St-Jérôme (70336); Établissement de détention de Trois-Rivières (70366); Établissement de détention de Valleyfield (70376); Établissement de détention de Sorel (70416); Établissement de détention de Rivière-des-Prairies (70426).

1.2 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL EXIGÉ PAR UN RÈGLEMENT

Un examen, une consultation ou une surveillance effectué en application d'un règlement interne d'un établissement ne donne droit au paiement d'une prestation que si le service médical dispensé satisfait aux exigences que prescrit l'entente.

1.3 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL NON TARIFÉ

1.3.1 Le médecin qui soumet une demande pour obtenir paiement d'un service médical non tarifé informe la Régie, par écrit, de la description de ce service sur un document l'accompagnant.

AVIS : Veuillez utiliser une Demande de paiement - Médecin n° 1200 et

- Inscrire le code d'acte **09990**;
- Inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;
- Ne pas inscrire d'honoraires;
- Fournir une copie de la note clinique;
- Fournir une description détaillée du service médical rendu ou toute littérature scientifique pertinente;
- Facturer cet acte **seul** sur la demande de paiement.
- Les services médico-administratifs (annexe XIII, CSST) ne sont pas des services médicaux. Ils ne sont donc pas visés par la présente règle.

1.3.2 Sur réception de la demande de paiement, la Régie transmet les renseignements appropriés au Ministère et à la Fédération, lesquels doivent, si l'une des parties le juge à propos, entreprendre immédiatement des négociations pour apporter au présent tarif d'honoraires l'amendement requis.

1.3.3 Dès l'entrée en vigueur de l'amendement, la Régie effectue le règlement des demandes de paiement qu'elle a reçues pour ce service médical.

1.3.4 À défaut d'entente, la Fédération peut, quatre-vingt-dix (90) jours après la présentation au Ministre d'une proposition d'amendement, soulever un différend afin de faire établir le montant dû au médecin pour une demande de paiement relative au service médical non tarifé.

1.3.5 Pour les fins d'application des articles 1.3.1 à 1.3.4, n'est pas réputé un service médical non tarifé, un service qui apparaît à la nomenclature des actes et qui est accompli par le médecin suivant des cas, circonstances ou conditions différentes de ce qui est prévu au tarif d'honoraires.

1.4 RÉMUNÉRATION POUR LA GARDE SUR PLACE À L'URGENCE

Après d'un établissement qui exploite soit un centre hospitalier, soit un CLSC du réseau de garde ou, lorsqu'il fait l'objet d'une désignation par les parties, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne à chacune des périodes visées mentionnées ci-après et, s'il en est, les services médicaux alors dispensés par le médecin sont, selon le choix quotidien du médecin qui assume seul cette garde, rémunérés :

a) soit selon la rémunération à l'acte;

AVIS : *Si l'option a) est choisie, tous les services rendus pendant la période de 20 h à 24 h ou de 0 h à 8 h doivent être facturés en inscrivant la lettre « G » dans la case C.S. de la demande de paiement.*

b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable selon le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout d'un forfait compensatoire. Pour une période de garde de 0 h à 8 h, les jours de semaine, le forfait compensatoire est de 624 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 655,60 \$ au 1^{er} janvier 2012. Pour la période de garde de 0 h à 8 h, les jours de fin de semaine ou les jours fériés, le forfait compensatoire est de 760,80 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 799,20 \$ au 1^{er} janvier 2012. Pour une période de garde de 20 h à 24 h, le forfait compensatoire est de 152,60 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 160,35 \$ au 1^{er} janvier 2012.

Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Sauf dans le cas prévu à l'alinéa suivant, l'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du Comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures annuelle est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération.

AVIS : *Voir la liste des établissements désignés par le comité paritaire à la page A-7.*

Lorsque cette banque compte moins de 2 920 heures et qu'un médecin du service d'urgence doit accompagner un patient lors d'un transfert ambulancier, le médecin qui fait l'accompagnement ou celui qui le remplace au service d'urgence peut, en raison d'une considération exceptionnelle, se prévaloir du forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier.

AVIS : *Le médecin qui est appelé dans un service d'urgence pour effectuer ou non le transfert ambulancier, doit réclamer le forfait de garde sur place pour un médecin additionnel, divisible selon le temps effectué et inscrire le modificateur 381 sur la demande de paiement. Le temps à réclamer pour le forfait débute à l'arrivée du médecin au service d'urgence jusqu'à la fin du transfert si celui-ci intervient avant 8 h. De plus, il doit inscrire le NAM de la personne transférée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le médecin qui effectue le transfert ambulancier, a droit en plus à 90 % des honoraires prévus en ce cas (voir règle 2.4.9 du préambule général).*

Lorsque le médecin se prévaut de la formule de rémunération établie à l'alinéa b) ci-dessus, le modificateur pertinent, tel que ci-après déterminé, s'applique à la rémunération de tous les services médicaux alors dispensés dans le centre hospitalier par ce médecin, à l'exception toutefois de l'honoraire prévu pour l'accouchement et de la 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 (annexe XIII de l'Entente) lesquels sont rémunérés à 100 % de leur valeur.

- + Aux fins de l'application de l'alinéa b) ci-dessus et du sous-paragraphe précédent, les vocables « pourcentage pertinent » et « modificateur pertinent » signifient, pour une période de garde de 0 h à 8 h, 97 % (MOD=097) et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, 50 % (MOD=096).

Sous réserve du deuxième alinéa ci-dessus, si un établissement opère deux (2) services d'urgence de première ligne situés dans deux (2) pavillons géographiquement distincts, chacun des médecins assurant, seul, la garde sur place dans l'un ou l'autre de ces pavillons peut se prévaloir de l'une des options prévues au présent article.

- # **AVIS :** *Si l'option b) est choisie, remplir la première demande de paiement pour l'ensemble des personnes assurées en inscrivant sur une Demande de paiement - Médecin (n° 1200) les données suivantes :*

- **Si un seul médecin est autorisé pour la garde :**
 - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, le code de forfait **09998** de 655,60 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h, le code de forfait **19055** de 799,20 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - en tout temps de 20 h à 24 h, le code de forfait **09996** de 160,35 \$ (soumis à la rémunération différente);
 - le code d'établissement;

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- **Si plus d'un médecin est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h :**
 - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, le code de forfait **09994** de 655,60 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h, le code de forfait **19056** de 799,20 \$ (soumis à la rémunération différente);
 - le code d'établissement désigné;
 - les honoraires du forfait sur une base horaire;
 - le nombre total d'heures effectuées durant la période de garde dans la case UNITÉS;
 - l'heure de début et de fin de la période continue de garde ou de chacune des plages d'heures durant la même période de garde, s'il y a lieu, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

AVIS : (Suite)

Les services rendus durant la période comprise entre 20 h et 24 h doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes, en inscrivant le **modificateur 096** pour chacun des actes pour les établissements non adhérents à l'Entente particulière garde sur place **ou les modificateurs 106 (régime A) et 402 (régime B)** pour les établissements adhérents. Pour la période comprise entre 0 h et 8 h, utiliser le **modificateur 097** pour chacun des actes.

Si les modificateurs doivent être utilisés simultanément avec d'autre(s) modificateur(s) : voir les articles 4.2.6.5 et 4.6.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Liste des établissements désignés pour un deuxième médecin à l'urgence :

Établissements désignés non adhérents à l'Entente particulière garde sur place :

Centre hospitalier de St. Mary (00317); Hôpital général du Lakeshore (00407); Hôpital Cité de la santé (00447).

Établissements désignés adhérents à l'Entente particulière garde sur place :

Hôtel-Dieu du CHUM (00067); Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel Lamoureux (00157); Hôpital Général de Montréal (00187); Hôpital Notre-Dame du CHUM (00207); Hôpital Royal Victoria (00257); Hôpital Sacré-Coeur de Montréal (00277); Hôpital Saint-Luc du CHUM (00307); Hôpital Santa Cabrini (00357); Hôpital de Verdun (00367); Hôpital du Haut-Richelieu (00427); Centre Hospitalier régional de Lanaudière (00857); Hôpital Charles-Lemoyne (00957); Hôtel-Dieu de Sherbrooke (01107); Hôpital du Suroît (01147); Hôpital Fleurimont (01167); Hôpital Pierre-Le Gardeur (01417); Hôpital régional de Saint-Jérôme (01447); Hôpital de Saint-Eustache (01457); Pavillon Sainte-Marie (01837); Hôpital de l'Enfant-Jésus (02037); Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec (02047); Hôpital du Saint-Sacrement (02127); Pavillon CH de l'Université Laval (02137); Hôpital de Chicoutimi (02477); Hôpital Sainte-Croix (02777); Hôtel-Dieu de Lévis (03007); Hôpital Pierre-Boucher (07537); Hôpital de Gatineau (07697).

Tableau synthèse

Pour les établissements non adhérents à l'Entente particulière garde sur place.
Pour les établissements adhérents, voir la Brochure n° 1, Entente particulière n° 43

	Période	Calendrier	Md	Code d'acte	MOD (% actes)	Forfait
#	0 h à 8 h	en semaine week-end et jours fériés	1 ^{er} 1 ^{er}	09998 19055	097 (97 %)	non divisible
#	0 h à 8 h	en semaine week-end et jours fériés	2 ^e 2 ^e	09994 19056	097 (97 %)	divisible en heures
	20 h à 24 h	tous les jours 7 jours / 7	1 ^{er}	09996	096 (50 %)	non divisible

1.5 RÉMUNÉRATION LORS D'UN DÉPLACEMENT D'URGENCE DE NUIT

De 0 h à 7 h, un médecin qui, à la suite d'un appel d'urgence, doit se rendre auprès d'un patient, à domicile ou en établissement, est rémunéré :

- soit selon la rémunération à l'acte;
- soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 122,45 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 128,65 \$ au 1^{er} janvier 2012.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui nécessite le déplacement;
- le code d'acte **09099** (P.G. 2.2.9 A) dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement ou de localité, selon le cas;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- indiquer l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondants aux services rendus.

c) soit, lorsque les soins sont dispensés à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens, selon un tarif global de 182,10 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 191,35 \$ au 1^{er} janvier 2012.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15232** (P.G. 2.2.9 A) dans la section Actes ou dans la section Visites;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**) et (**4XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- indiquer l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

1.6 RÉMUNÉRATION DU RÔLE 1 ET DU RÔLE 2

Lorsque le médecin facture un acte sous le rôle 1, il ne peut facturer simultanément un rôle 2.

1.7 ANNÉE D'APPLICATION

Lorsqu'un service médical comporte une application sur une base annuelle, l'année d'application est celle de l'année civile, à moins d'indication contraire.

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.1 CONSULTATIONS

La consultation est l'examen d'un patient à la demande écrite du médecin traitant. Le médecin traitant doit alors demander l'opinion de son collègue en raison de la complexité ou de la gravité du cas ou, dans le cas de la consultation mineure seulement, en raison de l'expertise de ce dernier en regard du problème du patient. Le médecin consultant doit soumettre son opinion et ses recommandations par écrit au médecin traitant.

Pour donner droit au paiement d'une consultation, un examen du patient doit avoir été fait par le médecin traitant, omnipraticien ou spécialiste, qui demande la consultation.

L'examen d'un patient transféré ou référé pour traitement ne constitue pas une consultation, même si un rapport écrit est soumis. Lorsque le traitement n'est pas le seul but de la consultation, le fait que le consultant, dans la foulée de son évaluation, effectue lui-même le traitement et en assure le suivi ne constitue pas nécessairement un transfert ou une référence pour traitement. C'est notamment le cas lorsqu'il dispose de ressources plus spécialisées que celles à la disposition du médecin traitant.

Les honoraires fixés pour la consultation tiennent compte du temps consacré par le médecin et de l'importance des services rendus au patient. On distingue les cinq (5) types de consultations suivantes, selon le type d'examen effectué par le médecin consultant et requis pour répondre à la demande d'opinion du médecin traitant :

AVIS : *Pour instructions de facturation, vous réferez à la section 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement.*

2.1 A Examen d'une patiente ou d'un enfant à la demande d'une sage-femme

Lorsqu'un médecin évalue une patiente ou un enfant à la demande d'une sage femme et produit, à l'intention de cette dernière, un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie, il est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué.

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de la sage-femme (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (n° 1200). Veuillez noter que le numéro de pratique débute par (93XXXX).*

2.1 B Examen d'un patient à la demande d'un optométriste

Lorsqu'un médecin évalue un patient à la demande d'un optométriste et produit, à l'intention de ce dernier, un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie, il est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué.

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de l'optométriste (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (n° 1200). Veuillez noter que le numéro de pratique débute par (3XXXXX ou 8XXXXX sauf 81XXXX).*

2.1 C Examen d'un patient à la demande d'un chirurgien dentiste

Lorsqu'un médecin évalue un patient à la demande d'un chirurgien dentiste et produit, à l'intention de ce dernier, un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie, il est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué.

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du chirurgien dentiste (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (n° 1200). Veuillez noter que le numéro de pratique débute par (2XXXXX ou 7XXXXX sauf 74XXXX).*

2.1.1 Consultation mineure :

La consultation mineure est l'examen ordinaire effectué conformément aux exigences générales de la consultation.

2.1.2 Consultation ordinaire :

La consultation ordinaire est l'examen complet ou principal effectué conformément aux exigences générales de la consultation.

2.1.3 Consultation majeure :

La consultation majeure est l'examen complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, les exigences de la consultation majeure sont alors celles apparaissant au libellé de l'examen complet majeur.

2.1.4 Consultation psychiatrique ordinaire :

La consultation psychiatrique ordinaire est l'examen psychiatrique complet effectué conformément aux exigences générales de la consultation.

2.1.5 Consultation psychiatrique majeure :

La consultation psychiatrique majeure est l'examen psychiatrique complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, les exigences de l'examen psychiatrique complet majeur sont alors celles apparaissant au libellé de l'examen psychiatrique complet majeur.

2.2 EXAMENS

Les honoraires fixés pour les examens tiennent compte du temps consacré par le médecin et des caractéristiques du service rendu au patient. On distingue les examens suivants :

2.2.1 Examen ordinaire :

Chaque examen ordinaire implique dans tous les cas un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure;
- l'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cours;
- l'observation de l'évolution d'une maladie.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.2 Examen complet :

L'examen complet comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
 - a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
 - b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
2. L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :
 - peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux;
 - colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. Les examens suivants sont aussi réputés répondre à cette exigence :

- l'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte;
- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles.

3. Les recommandations au patient.

4. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.3 Examen complet majeur :

L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :

- a) les antécédents familiaux du patient;
- b) les antécédents personnels du patient;
- c) la raison médicale du recours au médecin.
- d) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.

2. L'examen clinique des régions suivantes :

- peau et phanères;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux, sauf contre-indication;
- colonne et extrémités.

3. Les recommandations au patient.

4. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile. Cette limitation ne s'applique pas à la facturation de l'examen effectué au bénéfice du malade admis, examen dont la facturation n'entre d'ailleurs pas dans le calcul de la fréquence visée au présent paragraphe.

(La durée de cet examen est en général de quarante-cinq (45) minutes).

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.4 Examen psychiatrique complet :

L'examen psychiatrique complet comporte l'évaluation séméiologique des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que, le cas échéant, l'examen physique du patient. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.5 Examen psychiatrique complet majeur :

L'examen psychiatrique complet majeur comporte l'historique des symptômes qui motivent le recours au médecin, la revue complète des antécédents du patient et l'évaluation séméiologique exhaustive des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et du développement psychobiologique et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que l'examen physique du patient, le cas échéant. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile. Cette limitation ne s'applique pas à la facturation de l'examen effectué au bénéfice du malade admis, examen dont la facturation n'entre d'ailleurs pas dans le calcul de la fréquence visée au présent paragraphe.

(La durée de cet examen est en général de quarante-cinq (45) minutes).

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.6 Examen d'évaluation médicale :

L'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocations de ressources et la rédaction du formulaire approprié est constitué des éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la problématique présentée par le patient;
 - d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
 - e) la revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
2. Le bilan sommaire des capacités fonctionnelles.
3. L'évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.

4. L'examen clinique des régions suivantes :
 - peau;
 - phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux (sauf contre-indication);
 - colonne et extrémités.
5. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.
6. La recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du patient.
7. La rédaction, et son envoi à l'organisme concerné, du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
 - le bilan médical et le pronostic;
 - le degré de perte d'autonomie du patient;
 - les suggestions d'allocation de services.

2.2.6 A Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (examen auprès du premier patient et auprès d'un patient additionnel) :

Pour être admis au tarif de cet examen, les modalités suivantes doivent être rencontrées :

1) Le patient en perte sévère d'autonomie doit :

- nécessiter des soins médicaux actifs;
- nécessiter un suivi et;
- être incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants pour une telle situation, ou sans s'exposer à un risque inutilement élevé pour son intégrité physique ou mentale ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne.

2) Visite initiale ou annuelle : le médecin doit :

- être le médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci;
- sous réserve de l'alinéa suivant, compléter, lors de la visite initiale et, par la suite, au moins une fois par année, la fiche d'information prescrite par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente ou le formulaire en usage au CLSC, et, lorsque cela lui paraît pertinent, en transmettre copie au programme de soutien à domicile du CLSC du territoire;
- dans le cas où le CLSC confirme au médecin que son programme de soutien à domicile ne couvre pas certaines unités d'habitation ou institutions religieuses, le médecin n'est pas tenu de compléter la fiche d'information ou le formulaire dont il est question à l'alinéa ci-dessus pour les services qu'il y dispense.

3) Visite subséquente : le médecin doit :

- être le médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci;
- aviser le CLSC s'il y a modification dans le traitement ou dans le suivi à assurer par le CLSC.

4) Durée de la visite :

La durée de cet examen est en général de 30 minutes.

AVIS : *Veillez remplir le formulaire Fiche d'information (n° 3726).*

+ 2.2.6 B Intervention clinique

+ L'intervention clinique est, en termes de contenu clinique, équivalente à un examen, à une consultation ou au service qui le remplace mais elle est d'une durée plus longue pour des raisons diverses que ce soit, par exemple, à cause de l'importance du conseil, du soutien ou de l'information à transmettre au patient et, selon le cas, à ses proches, ou encore parce que la communication avec le patient doit se faire par l'intermédiaire d'un interprète ou d'un accompagnateur.

+ L'intervention clinique est, selon le cas, individuelle ou collective. Elle est collective si elle est dispensée à plus d'une (1) personne.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

+ Le médecin qui consacre plus de vingt-cinq (25) minutes à la rencontre avec son patient peut être rémunéré, à son choix, à l'acte au tarif de l'examen, de la consultation ou du service qui le remplace, ou selon les présentes dispositions relatives à l'intervention clinique. S'il se prévaut des présentes dispositions, il ne peut facturer, au cours de la même séance, la psychothérapie, un examen, une visite, une consultation ou une visite d'évaluation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. Le médecin qui rend en cabinet un service qui donne normalement le droit de réclamer le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au paragraphe 2.4.7.7 du préambule général peut s'en prévaloir, le cas échéant.

+ Malgré ce qui précède, le médecin peut dans le cas d'une intervention clinique individuelle et selon le milieu où il exerce, se prévaloir des suppléments suivants :

- Le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au paragraphe 2.4.7.7 du préambule général;

AVIS : Codes d'acte **01098** et **01099**

- Le supplément de responsabilité prévu au paragraphe 2.4.7.8 du préambule général;

AVIS : Code d'acte **00071**

- Le forfait pour congé en établissement et les suppléments à un examen prévus à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*;

AVIS : Codes d'acte **08877, 15144, 15145, 15158, 15159, 15169, 15170, 15171, 15189** et **19074**

- Les suppléments prévus à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination des conditions de rémunération dans un groupe de médecine de famille*;

AVIS : Code d'acte **08875**

- La constatation de décès;

AVIS : Codes d'acte **00013, 00014** et **15234**

- La rédaction d'un formulaire tarifé.

AVIS : Codes d'acte **09800, 09817, 09825, 09826, 09900** à **09982** et **15265**

+ Dans le cas de la constatation de décès et la rédaction d'un formulaire, le temps requis pour effectuer la constatation ou compléter le formulaire doit être exclu du temps de l'intervention clinique. Il en va de même du temps de rédaction d'un formulaire non assuré.

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet et qu'il doit se déplacer à huit (8) kilomètres ou plus des limites de la ville ou du village où il exerce, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction.

- + Dispositions spécifiques aux services de téléconsultation : la participation du médecin, à titre de référant, à une téléconsultation auprès d'un médecin spécialiste peut être rémunérée selon les dispositions applicables à l'intervention clinique si elle se fait en présence du patient. Les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :
 - En raison d'un problème technique ou tout autre problème hors de son contrôle, le retard du début de la téléconsultation et/ou de l'interruption de la communication sont réputés faire partie de l'intervention clinique pour un total ne dépassant pas trente (30) minutes.
- # **AVIS :** *Pour la facturation de la téléconsultation, veuillez utiliser les codes d'acte d'intervention clinique individuelle en établissement 08858 et 08860.*
- Les dispositions énoncées ci-dessus relativement au supplément applicable pour le temps de déplacement à domicile s'appliquent au déplacement du médecin au lieu de la téléconsultation.
- # **AVIS :** *Pour la facturation du supplément pour le déplacement en regard de la participation à une téléconsultation, veuillez réclamer le code d'acte 08876. Ce supplément est payable pour une distance de huit (8) kilomètres ou plus entre le lieu de départ du médecin et le lieu de la téléconsultation.*
- + Le médecin doit, comme pour tout examen ou intervention clinique, compléter des notes au dossier du patient.

2.2.6 C Examens et intervention au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré

1) Examen ordinaire

Chaque examen ordinaire implique dans tous les cas un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure;
- l'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cours;
- l'observation de l'évolution d'une maladie.

2) Examen principal

L'examen principal comporte les éléments suivants :

- 1) le questionnaire portant sur :
 - a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
 - b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.

- 2) L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :
- peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux;
 - colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen ou au moins un des examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
 - l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'oeil, la prise de tension oculaire;
 - l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles.
- 3) L'initiation d'un traitement s'il y a lieu, et les recommandations au patient.
- 4) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

3) L'intervention en situation complexe

Prise en charge, évaluation extensive en raison de la complexité de l'état de santé du patient et/ou de son contexte social (à titre indicatif : perte d'autonomie, intoxication médicamenteuse et autre, tachycardie stable, infarctus du myocarde ou AVC aigus) incluant l'examen, le traitement, les notes au dossier et tout autre service médical dispensé par le médecin et incluant également les contacts avec la famille ou tout autre tiers pouvant aider à la résolution du problème. Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps même pour la première demi-heure :

- l'intervention doit durer au minimum une demi-heure;
- forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte pour les services dispensés dans le service d'urgence par le même médecin durant la journée de facturation du forfait;
- un forfait ne peut être facturé que par un seul médecin pendant le séjour du patient;
- tarif pour la première demi-heure et, par la suite, par quart d'heure avec, au total, la limite d'une heure et demie pour un patient de moins de 70 ans et d'une heure trois quarts pour un patient de 70 ans et plus.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour la nouvelle intervention auprès d'un patient afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.*

4) L'examen psychiatrique principal

L'examen psychiatrique principal comporte l'évaluation séméiologique des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que, le cas échéant, l'examen physique du patient pour permettre d'orienter le diagnostic ou le traitement de l'affection psychiatrique en cours. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

- Un examen par médecin par patient par jour est facturable.

5) Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier

Le médecin qui, durant le transport ambulancier d'un patient, entreprend les démarches requises pour orienter le patient vers un centre d'hémodynamie et pour s'assurer que le personnel pertinent du centre receveur puisse se préparer à prendre charge du patient dès son arrivée, est rémunéré pour ce service.

La démarche du médecin doit s'effectuer conformément au protocole établi.

AVIS : *Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15263**;
- le code d'établissement 0XXX7 (**établissements désignés seulement**);
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- inscrire le nom de l'établissement vers lequel le médecin a dirigé le patient dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

2.2.7 Examen médical (assaut sexuel) :

Il s'agit de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel et de la rédaction du formulaire.

Dans le cas où la rédaction du formulaire n'est pas requise, l'examen d'un patient présumément victime d'assaut sexuel n'est facturé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'examen.

Constat médico-légal (assaut sexuel) :

Le constat médico-légal se compose de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, des procédures nécessaires au constat médico-légal et de la rédaction du formulaire.

2.2.7 A Forfait de déplacement (assaut sexuel)

Le médecin qui se déplace pour effectuer l'examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel et, s'il y a lieu compléter le constat médico-légal ou rédiger le formulaire, est compensé pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : *Voir codes 19080, 19081, et 19082, onglet B - Consultation et examen.*

2.2.8 Examen externe d'un cadavre :

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour l'examen externe d'un cadavre effectué à la demande d'un coroner, incluant la rédaction du rapport à l'intention du coroner.

2.2.9 Rémunération majorée

2.2.9 A Patient admis ou personne hébergée

Sous réserve de l'alinéa suivant, les majorations apparaissant ci-après s'appliquent sur les honoraires des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse :

- i) une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux visés dispensés sur place le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : *Inscrire le modificateur 408 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant en CHSGS à une unité de soins de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX8 ou 0XXX7 pour les patients admis seulement), à une unité d'hébergement ou de soins de longue durée (0XXX4 ou 0XXX5), à une unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6 ou 4XXX6), en CHSLD (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (1XXX3 ou 4XXX9) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %.*

- ii) une majoration de 23 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux visés dispensés sur place le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : *Inscrire le modificateur 409 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant en CHSGS à une unité de soins de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX8 ou 0XXX7 pour les patients admis seulement), à une unité d'hébergement ou de soins de longue durée (0XXX4 ou 0XXX5), à une unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6 ou 4XXX6), en CHSLD (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (1XXX3 ou 4XXX9) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

- iii) une majoration de 23 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux visés dispensés sur place les samedi, dimanche ou une journée fériée sous réserve de l'alinéa suivant:

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement correspondant en CHSGS à une unité de soins de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX8 ou 0XXX7 pour les patients admis seulement), à une unité d'hébergement ou de soins de longue durée (0XXX4 ou 0XXX5), en CHSLD (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (1XXX3 ou 4XXX9) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

- iv) lorsque les services sont dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens, cette majoration est de 30 % sur la rémunération au tarif de base des services visés dispensés sur place les samedi, dimanche ou journée fériée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 069 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à une unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6 ou 4XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 30 %.*

Cette majoration est aussi applicable aux forfaits prévus à l'Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens.

Sont visés par cette disposition les examens et consultations paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A ». La constatation de décès (P.G. 2.4.1), le tarif global pour le déplacement d'urgence de nuit (P.G. 1.5 b) et 1.5 c)) et le transfert ambulancier (P.G. 2.4.9) sont également visés. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

Lorsque le tarif prévu pour un service visé par le présent paragraphe rémunère une période de temps, la majoration qui s'applique est celle qui est prévue au début de chaque période initiale ou supplémentaire ainsi rémunérée.

2.2.9 B Service d'urgence d'un centre hospitalier et CLSC du réseau de garde intégré

Les majorations des services dispensés dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde sont les suivantes :

- i) Une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée:

AVIS : *Inscrire le modificateur 413 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

- ii) Une majoration de 23 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : *Inscrire le modificateur 414 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

- iii) Une majoration de 30 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h;

AVIS : *Inscrire le modificateur 108 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 30 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

- iv) Une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services dispensés sur place de 0 h à 8 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur 415 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

Ces majorations s'appliquent sur l'ensemble de la rémunération prévue à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements sous réserve de l'alinéa suivant, ainsi que sur la rémunération versée en vertu des dispositions du paragraphe 1.4 b) du préambule général de l'annexe V de l'Entente.

Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée. Le montant de ce supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 123,40 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 129,60 \$ au 1^{er} janvier 2012. Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application des majorations prévues ci-dessus.

AVIS : *Pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée :*

Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n^o 1200) et inscrire les données suivantes :

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les heures de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'établissement 0XXX7, 4XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche ou journée fériée :

Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n^o 1200) et inscrire les données suivantes :

- la date et le code d'acte **19953**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les heures de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'établissement 0XXX7, 4XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.2.9 C Certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Une majoration de 4 % de la rémunération est accordée pour les examens effectués auprès d'un malade admis en soins de courte durée d'un CHSGS d'un établissement qui ne remplit pas les deux conditions suivantes : son activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et il opère un service d'urgence de première ligne.

Sont visés par cette disposition les examens paraissant à l'onglet B et comportant la mention « P.G. 2.2.9 C ».

Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et des actes visés par cette disposition.

AVIS : *Inscrire le modificateur **127** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement correspondant à une unité de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 0XXX8) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 4 %.*

Établissements visés par la règle 2.2.9 C du préambule général :

Hôpital Chauveau (0232X); Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré (0234X); L'Hôpital Jeffery Hale (0205X); Hôpital régional de Portneuf/CLSC St-Raymond (0235X); Centre Comtois (0178X); CLSC, Centre d'hébergement et Hôpital Cloutier-du-Rivage (0175X); Centre d'hébergement et Hôpital du Christ-Roi (0278X); Hôpital et Centre d'hébergement Argyll (0111X); Villa Médica (0576X);

AVIS : (Suite)

L'Institut de réadaptation de Montréal (0080X); L'Hôpital de réadaptation Lindsay (0409X); Pavillon Côte-des-Neiges (0800X); Hôpital Shriners pour enfants (Québec) (0419X); Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci (0413X); Centre de réadaptation Marie-Enfant (0003X); Hôpital Marie-Clarac (0403X); Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut (0002X); Centre d'hébergement J.-Henri Charbonneau (0022X); Centre d'hébergement Champlain (0424X); Hôpital Richardson (0405X); Centre d'hébergement Jacques-Viger (0016X); CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa (0817X); CLSC de Senneterre (0782X); Centre Paul-Gilbert - Centre d'hébergement de Charny (0285X); Hôpital Juif de réadaptation (0421X); Centre hospitalier Kateri Memorial-Tehsakotitsen : Tha (0586X).

2.3 PSYCHOTHÉRAPIE

Conformément aux articles 187.1 et 187.2 du *Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

La psychothérapie doit respecter les règles suivantes :

- « 1. -établir un processus interactionnel structuré avec le client;
2. -procéder à une évaluation initiale rigoureuse;
3. -appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;
4. -s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine. »

La psychothérapie est, selon le cas, individuelle ou collective. Elle est collective si elle est dispensée à plus d'une (1) personne.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour une séance de psychothérapie, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

Le médecin qui se prévaut de la rémunération prévue pour la psychothérapie ne peut facturer, au cours de la même séance, l'intervention clinique, un examen ou une consultation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. »

Les dispositions relatives à la psychothérapie s'appliquent en établissement et en cabinet.

2.4 DIVERS**2.4.1 Constatation de décès**

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour la constatation d'un décès. Ce service inclut l'examen requis pour constater le décès, la consignation des observations pertinentes au dossier du patient, ainsi que le fait d'indiquer le lieu, la date et l'heure du décès constaté au formulaire prescrit.

AVIS : Voir les codes d'acte **00013, 00014, 00016, 00018, 15234 et 15266** sous l'onglet B.

Dans un centre accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 funéraire 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. Dans le cas où l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

Lorsque le décès a été constaté, sur place ou 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 **15264** sous l'onglet **B**.

2.4.1.1 Rédaction du bulletin de décès

Le médecin qui complète le bulletin de décès en y indiquant les informations prévues au formulaire, telles les causes du décès, s'il y a eu autopsie, si des radio-isotopes étaient présents dans le cadre du décès, s'il s'agissait d'une grossesse ou d'une complication de grossesse, s'il y a des signes de violence et s'il y a présence d'une maladie à déclaration obligatoire, peut se prévaloir du tarif du bulletin de décès.

Aucun examen ne peut être réclamé aux fins de la rédaction du bulletin de décès, mis à part l'examen externe d'un cadavre à la demande du coroner, l'autopsie ou la constatation de décès, selon le cas.

AVIS : Voir le code d'acte **15265** sous l'onglet **B**.

2.4.2 Frais de kilométrage

Une indemnité de kilométrage est prévue pour le médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital, dans ce dernier cas pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne. La distance se mesure à compter de huit (8) kilomètres des limites de la ville ou du village où le médecin exerce, y compris tout point extérieur consistant en un cabinet secondaire où le médecin exerce régulièrement sa profession, et se calcule dans un sens seulement.

AVIS : *Inscrire dans la case DISTANCE le déplacement effectué, diminué des huit premiers kilomètres. Voir « Frais de kilométrage », sous l'onglet « B ».*

Une indemnité de kilométrage pour une distance de plus de soixante (60) kilomètres, à l'exclusion toutefois de l'indemnité prévue à l'alinéa précédent à l'intention du médecin qui se rend à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne, fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

Le médecin qui effectue, avec déplacement, l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, peut aussi se prévaloir de cette mesure.

2.4.3 Nouveau-né en santé

L'honoraire global payable pour l'ensemble des services médicaux de routine dispensés, en centre hospitalier, à un nouveau-né en santé, comprend tous les examens dispensés ainsi que les recommandations à l'un des parents, le jour de la naissance et les deux jours suivants.

Cet honoraire global n'est pas payable pour l'examen du nouveau-né effectué à la salle d'accouchement, par le médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement.

Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins au nouveau-né, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période.

AVIS : *Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe chacun des médecins doit utiliser le modificateur 382 et réclamer 50 % du code 00081. Veuillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant prévalu de l'honoraire global pour les soins au nouveau-né en santé. Pour la règle générale, voir le point 1.1.5 de la règle 1 du préambule général.*

2.4.4 Observation

Lorsqu'un patient, en raison de sa condition médicale, doit être gardé en observation à la clinique d'urgence, le médecin n'est rémunéré que pour les services médicaux qu'il a lui-même fournis.

2.4.5 Rémunération majorée

Une rémunération majorée est prévue pour une consultation, un examen, un examen à domicile lorsqu'ils sont dispensés à un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus.

AVIS : *La rémunération des codes d'acte 00007, 00008 et 00075 « Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie » n'est pas visée par le présent paragraphe.*

2.4.6 Soins préopératoires, postopératoires et simultanés

Les soins préopératoires, postopératoires et simultanés sont régis par les dispositions pertinentes apparaissant, selon le cas, aux préambules particuliers de chirurgie, de chirurgie musculo-squelettique ou d'obstétrique.

2.4.7 Suppléments

2.4.7.1 Un supplément d'honoraires est prévu pour un examen, un examen à domicile ou une consultation, effectués dans les conditions suivantes:

- le service médical est immédiatement requis;
- un déplacement est exigé du médecin pour la dispensation de ce service médical;
- ce déplacement ne coïncide pas avec celui que le médecin doit faire pour se rendre à l'hôpital pour assumer une garde sur place ou effectuer sa tournée quotidienne, ou, en cabinet, pour tenir une séance régulière de consultation.

A) En tout temps :

- pour un patient à domicile;
- pour un patient, admis ou inscrit, dans un établissement;

B) Le samedi, le dimanche, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h

- pour un patient au cabinet

2.4.7.2 Un supplément d'honoraires est également prévu pour un accouchement effectué le samedi, le dimanche, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de la naissance.

AVIS : *Voir le code d'acte 06943 sous l'onglet Obstétrique. Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

2.4.7.3 A Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une assistance chirurgicale effectuée le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de début de l'intervention chirurgicale. Le supplément d'honoraires est de 46 % de l'honoraire d'assistance chirurgicale.

AVIS : - *Inscrire le modificateur 011 dans la case MOD*
- *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Ce supplément d'honoraires équivalant à 46 % du tarif est également applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis posés par un médecin qui détient des privilèges complets dans une discipline chirurgicale. L'établissement transmet le nom du médecin admissible à cette disposition au comité paritaire qui en informe la Régie.

AVIS : - *Inscrire le modificateur 175 ou ses multiples.*
- *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

2.4.7.3 B Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une anesthésie effectuée le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de la prise en charge. Le supplément d'honoraires est de 113 % pour les services dispensés tous les jours entre 0 h et 7 h et de 63 % pour les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 7 h à 24 h ou tout autre jour de 19 h à 24 h.

À l'égard des services tarifés en unités, on établit comme suit les honoraires majorés :

- on majore le tarif des unités de durée pour le temps de l'intervention qui coïncide avec une plage horaire sujette au supplément.
- on majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise durant une plage horaire sujette au supplément.

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le modificateur approprié dans la case MOD :*

- *pour le supplément de 113 % = 128*
- *pour le supplément de 63 % = 129*

2.4.7.3 C Certains services qui incluent en leur libellé un examen ou une consultation qui ne peut autrement être réclamé, sont réputés satisfaire aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général quant à l'application des majorations prévues en horaires défavorables lorsqu'ils sont rendus en centre hospitalier à la clinique externe ou auprès d'un patient admis en soins de courte durée. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C ». Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

AVIS : *Inscrire le modificateur 045, 408, 409 ou leurs multiples selon la période (voir règle 2.2.9 A du préambule général) pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant (0XXX1 ou 0XXX3) et les honoraires demandés en y incluant la majoration en vigueur.*

Les modificateurs 069, 408, 409 ou leurs multiples peuvent s'appliquer sur les actes 00823, 00824, 00828 et 00829 lorsque les services sont rendus dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS (0XXX6 ou 4XXX6).

Lorsque le tarif prévu pour un service visé par le présent paragraphe rémunère une période de temps, la majoration qui s'applique est celle qui est prévue au début de chaque période initiale ou supplémentaire ainsi rémunérée.

2.4.7.3 D Lorsqu'un déplacement d'urgence est requis pour effectuer un traitement hyperbare le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h, le médecin peut se prévaloir d'un supplément additionnel. Il est de 25,90 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 27,20 \$ au 1^{er} janvier 2012. Ce supplément additionnel n'est pas sujet à la majoration des alinéas précédents ou de l'annexe XX.

AVIS : *Le supplément doit être facturé le même jour que le traitement hyperbare (00837 ou 00839) et sur la même demande de paiement (voir le code d'acte 20084 dans l'onglet Actes diagnostiques et thérapeutiques).*

2.4.7.4 Pour ce qui est de l'examen, de l'examen à domicile ou de la consultation, seul le premier examen ou la première consultation donne ouverture au supplément lors d'un déplacement.

2.4.7.5 Si un établissement comprend plusieurs pavillons, bâtiments, ou parties d'établissement, situés sur un même terrain, le fait d'aller de l'un à l'autre n'est pas réputé être un déplacement au sens de l'entente.

2.4.7.6 Pour fins d'application de l'Entente, sauf dispositions contraires, les jours fériés sont les suivants :

La Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

AVIS : *Veillez noter que le nom des jours fériés peut différer du « Tableau des dates fixées par la Régie pour la célébration des fêtes légales règle 2.4.7.6. » (Voir le tableau à la fin de l'onglet A - Préambule général)*

Toutefois les jours fériés et la date où ils sont chômés, pour le médecin qui exerce en centre local de services communautaires, en gériatrie active et en soins palliatifs d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés, sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Veuillez vous assurer auprès de votre établissement des dates convenues. En cabinet, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Voir ce tableau à la fin du présent onglet ou le tableau des calendriers spécifiques dans la rubrique Congés fériés de la section Établissements du réseau de la santé.*

2.4.7.7 Un supplément d'honoraires est prévu, par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Le supplément d'honoraires est, pour un plateau principal (01098), de 21,60 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 22,70 \$ au 1^{er} janvier 2012 et, pour un plateau mineur (01099), de 10,80 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 11,35 \$ au 1^{er} janvier 2012.

Sont visés par cette disposition les actes tarifés 2.4.7.7 A pour le supplément accordé pour le plateau principal et 2.4.7.7 B pour le supplément accordé pour le plateau mineur.

Ces suppléments ne sont pas assujettis aux dispositions relatives à la rémunération différenciée.

À cette fin, le Ministère, avec l'assentiment de la Fédération, transmet à la Régie de l'assurance maladie, la liste des codes d'acte visés par cette mesure.

- AVIS :** - Le supplément d'honoraires ne s'applique que pour les chirurgies effectuées en cabinet privé.
 - Inscrire le code d'acte **01098** pour la mention P.G. 2.4.7.7 A ou le code d'acte **01099** pour la mention P.G. 2.4.7.7 B identifié dans le tarif.
 - Le code d'acte de chirurgie et son supplément d'honoraires doivent être facturés sur la même demande de paiement.

2.4.7.8 Un supplément de responsabilité de 5,95 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 6,25 \$ au 1^{er} janvier 2012 par jour est accordé pour l'examen d'un patient admis en soins de courte durée effectué par un médecin qui assume la responsabilité de ce malade et par le médecin qui assume un suivi conjoint de ce malade. Ce supplément s'ajoute au tarif de l'examen effectué. Un seul supplément est payable par jour par médecin pour un patient.

- # **AVIS :** Le tarif du supplément de responsabilité est de 6,25 \$ jusqu'au 31 décembre 2012 et de 7,50 \$ à compter du 1^{er} janvier 2013.

Ce supplément de responsabilité est accordé au médecin qui exerce auprès d'un malade admis en soins de courte durée d'un établissement dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui opère un service d'urgence de première ligne. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements visés par la présente disposition.

- AVIS :** Le supplément doit être facturé le jour même de l'examen effectué et sur la même demande de paiement (voir le code d'acte **00071** dans l'onglet B - Consultation et examen). La liste des établissements visés peut être consultée dans notre site Internet, section Médecins omnipraticiens.

2.4.7.9 Un supplément est prévu lorsque la communication avec un 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. Ce supplément s'applique en cabinet, à domicile et, pour un patient inscrit (non admis), en établissement.

2.4.7.10 Une prime de responsabilité est également accordée au médecin exerçant au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou dans un centre de détention. La prime de responsabilité est de 13,0 % à compter du 1^{er} décembre 2007, de 14,3 % à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 15,6 % à compter du 1^{er} avril 2009 et s'applique à tous les services que facture le médecin dans les secteurs d'activités visés, exception faite des forfaits de garde en disponibilité, du supplément de responsabilité pour patient admis et du forfait de congé en établissement.

- AVIS :** Inscrire le modificateur **015** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à un CHSLD, un département clinique de psychiatrie, une unité de courte durée gériatrique, une unité de longue durée en CHSGS, un centre de réadaptation, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou un centre de détention (0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX8, 1XXX3, 1XXX5, 2XXX5, 4XXX9 ou 7XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 15,6 %.

Cette disposition s'applique également aux établissements visés par le sous-paragraphe 2.2.9 C du présent préambule.

- AVIS :** Dans les secteurs **0XXX2, 0XXX3, 0XXX4, 0XXX5 et 0XXX8** d'un établissement visé (voir la liste des établissements dans l'avis sous le paragraphe P.G. 2.2.9 C), la majoration de 15,6 % s'applique sur tous les services rendus par le médecin. Inscrire le modificateur **015** ou un de ses multiples pour chacun des services facturés.

De plus, dans les secteurs **0XXX2, 0XXX3 et 0XXX8**, comme la majoration de 15,6 % s'ajoute à celle de 4 % sur les examens effectués auprès du malade admis (voir le paragraphe P.G. 2.2.9 C), vous devez utiliser un des multiples des modificateurs **015 et 127**.

AVIS : (Suite)

Pour la liste des modificateurs et leurs multiples, voir 4.6.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

2.4.8 Surveillance (voir code **00080**, onglet *B - Consultation et examen*) :

- Le médecin qui doit veiller sur un patient en raison de la gravité de son état a droit au paiement d'un honoraire de surveillance.
- La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin interrompt toute autre activité clinique.
- Le médecin ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps.
- Une surveillance comporte une première période de trente (30) minutes qui n'est jamais rémunérée; si elle se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.
- Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins donnés pendant une période de surveillance.
- Une période d'attente, telle l'attente d'un rapport ou l'attente préopératoire, ne constitue pas une surveillance.

2.4.9 Transfert ambulancier

AVIS : Voir codes **09087** et **09246**, onglet *B - Consultation et examen*.

2.4.9.1 Interétablissement

Il s'agit de la présence du médecin auprès d'un patient pendant un transfert ambulancier interétablissement. Cette présence est rémunérée de la façon prescrite au présent sous-paragraphe.

Un transfert ambulancier interétablissement comporte une première période de trente (30) minutes; si le transfert se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.

L'honoraire prévu pour ce transfert s'applique à l'aller; pour tenir compte de l'aller-retour, cet honoraire est doublé.

Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins médicaux dispensés pendant ce transfert.

Un transfert ambulancier interétablissement peut comprendre un transfert ambulancier effectué entre un établissement et un aéroport, ou toute autre gare d'embarquement, à destination d'un autre établissement.

2.4.9.2 À partir du cabinet ou du domicile

À titre exceptionnel, lorsque la condition du patient nécessite la présence d'un médecin, les dispositions prévues au sous-paragraphe ci-dessus s'appliquent. Dans ce cas le médecin doit fournir les notes explicatives.

2.4.9.3 Forfait de déplacement

Le médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé à se déplacer pour se rendre à l'établissement afin d'effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert est compensé, pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : Voir codes *19047*, *19048*, et *19049*, onglet « *B - Consultation et examen* ».

2.5 PRÉSUMPTION

Le médecin qui, à la demande d'un médecin spécialiste, est amené à dispenser un service médical prévu à l'entente comme devant être dispensé à la demande d'un autre médecin est, pour satisfaire aux exigences des préambules général et particuliers, réputé avoir agi à la demande d'un médecin au sens de l'entente.

2.6 INDICATEURS ADMINISTRATIFS

Les numéros de codes d'acte et de modificateurs apparaissant à la nomenclature des actes ou aux divers préambules sont des indicateurs administratifs qui relèvent de l'autorité exclusive de la Régie. Celle-ci doit informer le médecin de tout ajout ou de toute modification à ceux-ci.

2.7 CONSEIL GÉNÉTIQUE OU GÉNIQUE

Le conseil génétique est l'évaluation du patrimoine génétique d'une personne ou d'un couple afin de les conseiller adéquatement, sur un plan génétique et étiologique. Le conseil génétique est individuel ou collectif. Il est dit collectif lorsqu'il est effectué au bénéfice d'un couple.

Le conseil génique est l'évaluation du patrimoine génique d'une personne afin de la conseiller en regard de sa susceptibilité particulière à certains problèmes de santé en raison de son patrimoine génique et des interventions préventives ou thérapeutiques appropriées. Le conseil génique est individuel.

Le conseil génétique comprend les rencontres et interview avec un membre de toute famille concernée ainsi que, le cas échéant, l'examen médical de cette personne, lorsque la connaissance de l'état de santé de celle-ci est nécessaire à l'évaluation génétique de la personne ou du couple au bénéfice desquels le conseil génétique est effectué.

Le conseil génétique ou génique comprend également la cueillette et l'évaluation des données familiales afin d'établir un diagnostic sur le patrimoine génétique, construire la généalogie et évaluer les risques susceptibles d'intéresser la personne ou, dans le cas du conseil génétique, le couple en cause.

Le conseil génétique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne ou au couple concernés, afin de contrôler, le cas échéant, la situation qui se présente sur le plan génétique, de telle sorte que la personne ou le couple visés puissent prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne concernée, afin de contrôler, surveiller ou traiter la situation qui se présente sur le plan génique, de façon à ce que la personne visée puisse prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génétique ou génique est rémunéré lorsqu'il est effectué dans un établissement qui offre un programme en génétique ou qui fait appel à la médecine génétique, et qui, dans tous les cas, est désigné par accord des deux parties. Cette rémunération est octroyée à la demi-heure selon les modalités établies au tarif. Cette même rémunération couvre tous les services médicaux dispensés lors d'une même visite.

Le conseil génique ne comprend pas les évaluations périodiques requises suite au conseil génique, d'une personne qui, en raison de son patrimoine génique, est identifiée comme présentant une susceptibilité accrue à certaines maladies.

AVIS : Voir établissements désignés, annexe 1, Accord n° 126, (Brochure n° 1).

2.8 PATIENT DE SOIXANTE-DIX (70) ANS OU PLUS DANS UN SERVICE D'URGENCE

AVIS : Ce paragraphe 2.8 a été abrogé par l'Amendement 83.

2.9 PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

Dans un 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 deux (2) ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention P.G.2.9 (MOD=060).

En anesthésie, on ne majore pas les honoraires des unités de durée et on majore de 50 % les honoraires des unités de base (MOD=063)

2.10 CONSULTATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Le médecin qui répond à une demande de consultation en éthique clinique possède une formation en éthique médicale et n'est pas impliqué directement dans le dossier du patient visé.

Cette consultation, outre les éléments de la consultation majeure prévue à la nomenclature des actes, comprend :

1. la révision approfondie de tous documents légaux ayant rapport à la cause (i.e testaments biologiques, procuration permanente pour les soins de santé, etc.);
2. le rapport officiel écrit de la consultation, documentant :
 - identification et explication des dilemmes d'éthique existants;
 - référence aux faits pertinents à la cause qui touchent le côté médical, légal et social;
 - recommandation par ordre de priorité des plans spécifiques de gestion clinique;
 - justification élaborée de ces recommandations basée sur une analyse éthique raisonnée et faisant référence à la littérature médicale, légale et d'éthique médicale.

La consultation en éthique comprend également, pour le médecin, la responsabilité de coordonner et de faciliter une réunion de suivi de l'équipe de gestion où tous les participants peuvent discuter du rapport de consultation et finaliser le plan de gestion.

La consultation en éthique clinique est rémunérée lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

- a) la consultation est effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier désigné par accord des parties;
- b) le médecin qui effectue la consultation est agréé par le comité d'éthique de l'établissement visé.

AVIS : *Établissements désignés à l'annexe 1 de l'Accord n° 172 :*

Région de Montréal-Centre (06)

00253 - Hôpital Royal Victoria (95-04-01)

00193 - Institut et Hôpital neurologique de Montréal (96-01-01)

Région de Lanaudière (14)

01413 - Centre hospitalier Le Gardeur (95-09-01)

La rémunération de la consultation en éthique clinique ne couvre pas la rémunération des entrevues en profondeur avec les personnes pertinentes incluant :

- un membre de la famille;
- un proche;
- les membres de l'équipe multidisciplinaire incluant médecin traitant, médecins appelés en consultation, résidents, infirmiers, travailleurs sociaux, nutritionnistes, porte-parole des malades, représentant de la pastorale, et administration;
- rencontre additionnelle avec le patient.

AVIS : *Voir les codes d'acte 00017, 00019, 08906 et 08909, à l'onglet « B ».*

2.11 ACTES SPÉCIFIQUES AUX SOINS INTENSIFS

2.11.1 Induction de l'hypothermie thérapeutique

L'induction de l'hypothermie thérapeutique est effectuée à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens suite à certains cas d'arrêt cardiaque ou d'accident neurologique grave de façon à réduire artificiellement et maintenir la température corporelle d'un patient à moins de 34°C, généralement pour une période de vingt-quatre (24) heures. Les examens requis et tout autre service médical dispensé par le médecin pour évaluer l'atteinte et le maintien de la température visée au cours des douze (12) premières heures sont inclus. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes. Ce code peut être réclamé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

2.11.2 Installation pour ventilation en position ventrale

L'installation pour ventilation en position ventrale est effectuée à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens lorsque la ventilation mécanique soutenue est requise mais que la ventilation en position dorsale est associée à des pressions de pointe très élevées. Il comprend le positionnement initial du patient de même que les examens requis et tout autre service médical dispensé par le médecin au cours des douze (12) premières heures de ventilation dans cette position. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes. Ce code peut être facturé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

2.11.3 Mesure de la tension intra-abdominale

Mesure à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens de la tension intra-abdominale au moyen d'une sonde intra-vésicale lorsque la situation clinique du patient fait soupçonner un syndrome de compartiment abdominal. La pose du cathéter intra-vésical, lorsque requise, est comprise. Ce code peut être facturé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

ACTES INCLUS

Est comprise dans l'honoraire de l'examen, de la consultation ou d'un autre service médical associé, la rémunération des services médicaux ci-après énumérés, à savoir:

ablation des points de suture ou des agrafes
 ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)
 administration et interprétation des tests diagnostiques suivants:
 - analyse d'urine, sans microscopie
 - glycémie, par méthode simple qualitative
 - hémoglobine, par méthode simple qualitative
 - mycose test
 - P.P.D. (purified protein derivative)
 - test à la tuberculine
 - toute autre analyse par méthode simple, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
 allongement du frein du prépuce
 androscopie
 application de pâte d'unna
 appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive
 aspiration de la trachée sous vision directe
 aspiration pour otite séreuse, unilatérale

 biomicroscopie oculaire
 biopsie du pénis
 biopsie du scrotum
 blocage nerf honteux, uni ou bilatéral
 blocage paracervical
 botte d'unna
 brûlure simple (1^{er} degré), traitement et débridement

 calibrage de l'urètre
 cannulation de canaux galactophores pour reperméabilisation
 cardioversion chimique
 cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif
 cautérisation du cordon ombilical
 changement de canule de trachéotomie
 changement de cathéter de gastrostomie
 changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie
 changement de sonde d'urétérostomie cutanée
 changement de sonde de néphrostomie
 chimiothérapie d'une lésion cutanée
 correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale
 cure d'hyposensibilisation, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
 cryothérapie d'une lésion
 culdoscopie

 débimétrie (débit de pointe)
 détorsion manuelle de cordon spermatique
 dilatation d'urètre chez la femme
 dilatation du col
 dilatation du prépuce
 dilatation du sphincter anal sans anesthésie
 dilatation du vagin sous anesthésie
 dilatation ou irrigation de la voie lacrymale

électrorétinographie, technique simple
enlèvement de mèches vaginales
enlèvement de plâtre (sans fracture ni luxation)
épilation des cils
épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)
épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme
épreuves de fonction respiratoire :
- analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
- analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
- bronchspirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
- évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
- oxymétrie et saturation en oxygène toute technique
- ventilation et consommation d'oxygène
épreuves orthostatiques
étude de la transmission neuromusculaire
étude du chimisme gastrique (intubation et interprétation)
étude du sperme
étude simple de la vision des couleurs
évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque
examen à la lampe à fente
examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel
examen gynécologique avec cautérisation ou conisation ou électroconisation avec anesthésie
examens vestibulaires (bilatéral): épreuves cervicales
épreuves de la poursuite
épreuves positionnelles
épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)
exérèse de cathéter de dissection veineuse
exérèse de cérumen
exérèse de tube de drainage, oreille moyenne
exérèse de varicocèle par voie scrotale
exérèse d'un corps étranger intra-vaginal
exophthalmométrie
exploration du contenu scrotal
extraction de bague (acte simple)
extraction simple de stérilet
fixation d'un drain
fracture d'apophyse épineuse ou transverse, traitement conservateur
fracture du crâne, traitement conservateur
funduscopie, sauf autrement prévu au tarif
grattage, pelage, taillage de callosités (lorsqu'effectué en établissement ou au bénéfice d'un patient âgé de moins de soixante-dix (70) ans)
immobilisation par appareil ou orthèse préfabriqués commercialement incluant notamment: collet cervical, bandage élastique ou adhésif, écharpe, etc.
incision latérale ou dorsale du prépuce
inhalothérapie

injection de substance de contraste :
cholangiographie par injection intraveineuse
cholangiographie par tube en T
déférentographie
échographie
gynécographie
orbitographie
pariétographie
pelvigraphie
pyélographie I.V.
tomographie axiale
vaginographie
voies urinaires pour urétérographie
injection intracaverneuse de papaverine
injection pour prurit anal
injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
insertion de pessaire
insertion de prothèse testiculaire
insertion naso-gastrique de tubes (Levine, alimentation, etc...)
insertion de tiges laminaires;
installation de l'équipement de l'inhalothérapie;
installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du foetus
installation d'un tube de gavage à long terme
insufflation tubaire
irrigation de l'oeil
irrigation et enlèvement du drain

laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie au microscope sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale
laryngoscopie indirecte sans biopsie
lavage bronchique
libération du frein de la langue pour un patient de deux (2) ans et moins

manipulation pour épicondylite (tennis elbow)
manoeuvre d'Epley
manométrie ano-rectale (sauf pour une pathologie digestive)
massage prostatique
mesure de la tension veineuse centrale
mesure de la vitesse circulatoire
mise en place d'une mèche dans un kyste déjà drainé
myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie

nettoyage de l'oreille externe et moyenne

ophtalmoscopie
orbitographie avec substance de contraste

pansement de moins de vingt (20) centimètres carrés
pharyngogramme avec substance de contraste
phonocardiographie
ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle
ponction de sang dans un cathéter
pose d'une mèche dans le conduit auditif externe
prélèvement d'une homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire et thoracique
prélèvement de sécrétions
prélèvement sanguin capillaire

réduction manuelle de torsion testiculaire
réduction manuelle d'hernie inguinale
réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie
réflexogramme achilien avec kinomètre
réfraction

taillage des ongles d'orteil
tamponnement nasal antérieur par compression simple
test à la lampe de Wood
test de confrontation
test de tolérance à l'eau
tomographie simple
tonométrie simple
traction pour scoliose, type Cotrel

vectocardiogramme
ventriculoscopie

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

En conformité avec l'article 22 a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services pour 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 (L.R.Q., c.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 (L.R.Q., c.C-24.2)
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

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

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société d'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 d'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 (L.R.Q., c. C-24.2)
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

(*) Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

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 (L.R.Q.,c.C-24.2)
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

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 (L.R.Q.,c.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;
- Agent 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 (L.R.Q.cF-3.1)

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 (L.R.Q.,c.I-14)

(*) Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

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 (L.R.Q.,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 (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.P-35).
- Article 40 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 83 et 84 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 90 et 109 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.P-35).
- Article 134 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 173 à 176, 184 et 185 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.Q-2).
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (R.R.Q.,c.Q-2,r.3).

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 (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 2 du Règlement sur le certificat médical des ouvriers (R.R.Q.,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 (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (R.R.Q.,c.S-2.1,r.9).

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 (L.R.Q.,c.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 (L.R.Q.,c.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 du malade mental (L.R.Q., chap. P-41);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la curatelle publique (L.R.Q., chap. C-80);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec;
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la Sécurité du revenu (1988, c.51) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chap. P34.1).

SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser la personne assurée au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par la personne assurée qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

En d'autres termes, les services qu'un tel médecin rend à titre de médecin omnipraticien dans un établissement où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser la personne assurée au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par la personne assurée qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE

AVIS : *Plusieurs ententes particulières comportent des instructions de facturation à l'acte notamment pour la réclamation de certains montants forfaitaires. Veuillez vous assurer de prendre connaissance des instructions de facturation relatives à chaque entente particulière qui vous concerne. (Voir Brochure n° 1 - Médecins omnipraticiens - Ententes particulières)*

ENTENTES PARTICULIÈRES :

- relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins de courte durée, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs;
- ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée;
- concernant la rémunération de la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien. *(Abrogée par l'Amendement n° 82)*

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 RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

Alberta Health and Wellness
10025 Jasper Avenue
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street
P.O. Box 1600
Victoria (C.B.) V8W 2X9
Téléphone : 250 387-6121
Appels sans frais : 1 800 663-7867

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (I.P.E.) C0A 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
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Attention : Claims manager
Téléphone : 613 548-6240 ou 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T.C. Douglas Building
3475, Albert Street
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : 306 787-3251

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

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 : 867 667-5202

**TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE
POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES**

RÈGLE 2.4.7.6

La période de référence retenue par la Régie est du 1^{er} mai au 30 avril de l'année suivante.

Réf. : Règle 2.4.7.6 du préambule général.

#	JOUR FÉRIÉ	2011 / 2012	2012 / 2013	2013 / 2014
	Journée nationale des Patriotes	23 mai 2011	21 mai 2012	20 mai 2013
	Fête nationale du Québec	24 juin 2011	25 juin 2012	24 juin 2013
	Fête du Canada	1 ^{er} juillet 2011	2 juillet 2012	1 ^{er} juillet 2013
	Fête du Travail	5 sept. 2011	3 sept. 2012	2 sept. 2013
	Action de grâces	10 oct. 2011	8 oct. 2012	14 oct. 2013
	Veille de Noël	23 déc. 2011	24 déc. 2012	24 déc. 2013
	Fête de Noël	26 déc. 2011	25 déc. 2012	25 déc. 2013
	Lendemain de Noël	27 déc. 2011	26 déc. 2012	26 déc. 2013
	Veille du jour de l'An	30 déc. 2011	31 déc. 2012	31 déc. 2013
	Jour de l'An	2 janv. 2012	1 ^{er} janv. 2013	1 ^{er} janv. 2014
	Lendemain du jour de l'An	3 janv. 2012	2 janv. 2013	2 janv. 2014
	Vendredi saint	6 avril 2012	29 mars 2013	18 avril 2014
	Lundi de Pâques	9 avril 2012	1 ^{er} avril 2013	21 avril 2014

INDEX

Page

B - CONSULTATION ET EXAMEN

TABLEAUX	B-2
Consultation (<i>patients de moins de 70 ans</i>)	B-7
Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans	B-7
Examen (<i>patients de moins de 70 ans</i>)	B-8
Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (<i>patients de moins de 70 ans</i>)	B-8
Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus	B-10
Examen du personnel d'un établissement	B-14
Examen d'évaluation médicale (<i>Patient en perte d'autonomie</i>)	B-14
Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel et forfait de déplacement	B-14
Services reliés à l'examen d'un enfant (moins de 18 ans) suivant la Loi sur la protection de la jeunesse	B-15
Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner	B-16
# Intervention clinique (individuelle ou collective)	B-16
# Psychothérapie (individuelle ou collective)	B-17
Constatation de décès	B-17
# Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus	B-18
Frais de kilométrage	B-18
Nouveau-né en santé	B-18
Surveillance	B-18
Transfert ambulancier	B-19
Forfait de déplacement	B-19
Vacation	B-19
Conseil génétique ou génique	B-20
Éthique clinique (<i>consultation, rencontre, entrevue</i>)	B-21
RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS (<i>Lettre d'entente n° 223</i>)	B-22
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 (<i>annexe XIII de l'Entente</i>)	B-23
PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la <i>Loi sur la sécurité du revenu</i> (1988, chapitre 51)	B-33
PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du <i>Code criminel</i> (L.R.C., (1985), ch. 46)	B-34
PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la <i>Loi sur le curateur public</i>	B-35
PROTOCOLE D'ACCORD Hépatite C (VHC) (<i>voir Brochure n° 1</i>)	
PROTOCOLE D'ACCORD Cancer du sein (<i>voir Brochure n° 1</i>)	

EXAMENS	TOUT LIEU	CABINET	C.H.S.G.S. C.L.S.C.		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Service d'urgence)		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Clinique externe)		C.H.S.L.D. C.R. C.H.S.G.S. (Longue durée)			
			Patient admis	Patient inscrit (1)	Patient inscrit (2)							
PRÉANESTHÉSIE	00-69 ans	09092	20,55									
	70 ans et +	09093	22,00									
+ SUPPLÉMENT de responsabilité à l'examen	00 à 5 ans	08877		16,30					08877 (5)	12,25		
	Tous				00071	7,50						
SUPPLÉMENT de responsabilité pour suivi de grossesse				15144	10,90				15145	8,20		
EXAMEN / Prise en charge de grossesse				00059	81,60				00059 (5)	61,20		
SUPPLÉMENT à l'examen de prise en charge de grossesse				15159	43,50				15159 (5)	32,65		
Forfait de congé en établissement					15158	32,60						
ORDINAIRE												
+ - Sans déplacement	00-59 ans	08870		19,90	00003	23,10	15052	15,05	00005	13,35	00068	19,40
+ - Sans déplacement	60-69 ans	00009		21,20	00003	23,10	15052	15,05	00005	13,35	00068	19,40
+ - Sans déplacement	70-79 ans	09034		24,20	09112	24,90	15053	18,20	08882	16,20	09121	20,35
+ - Sans déplacement	80 ans et +	09038		25,25	09112	24,90	15054	19,00	08883	16,95	09121	20,35
+ - unité gériatrique	- de 70 ans				09083	23,10						
+ - unité gériatrique	70 ans et +				09082	24,90						
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	69,25	09228	66,40	15055	66,40	00006	67,70	09248	72,55	
	70-79 ans	09240 (3)	74,25	09242	71,05	15056	77,20	08884	78,65	09245	79,75	
	80 ans et +	09240 (3)	74,25	09242	71,05	15057	80,50	08885	82,15	09245	79,75	
PRINCIPAL												
- Sans déplacement	00-69 ans						15058	30,00				
	70-79 ans						15059	45,00				
	80 ans et +						15060	47,00				
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans						15061	66,40				
	70-79 ans						15062	77,20				
	80 ans et +						15063	80,50				

AVIS : Pour la description des notes (1) à (3) et (5), voir l'AVIS à la page suivante.

EXAMENS	TOUT LIEU	CABINET	C.H.S.G.S. C.L.S.C.		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Service d'urgence)		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Clinique externe)		C.H.S.L.D. C.R. C.H.S.G.S. (Longue durée)	
			Patient admis	Patient inscrit (1)	Patient inscrit (2)					
COMPLET										
+ - Sans déplacement	00-59 ans	08871	40,00	00055	46,20		00056	28,10	00069	38,90
+ 60-69 ans		00011	42,00	00055	46,20		00056	28,10	00069	38,90
+ 70-79 ans		09035	48,70	09115	49,85		09116	29,80	09122	40,50
+ 80 ans et +		09039	50,80	09115	49,85		09116	29,80	09122	40,50
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	69,25	09229	66,40		00057	67,70	09248	72,55
	70-79 ans	09240 (3)	74,25	09243	71,05		09117	78,65	09245	79,75
	80 ans et +	09240 (3)	74,25	09243	71,05		09117	78,65	09245	79,75
COMPLET MAJEUR										
+ - Sans déplacement	00-59 ans	08872	73,95	00096	85,25		00097	50,90	00070	71,70
+ 60-69 ans		00021	77,85	00096	85,25		00097	50,90	00070	71,70
+ 70-79 ans		09036	89,05	09118	91,20		09119	54,45	09126	74,10
+ 80 ans et +		09040	93,05	09118	91,20		09119	54,45	09126	74,10
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	69,25	09230	94,45		00098	67,70	09248	72,55
	70-79 ans	09240 (3)	74,25	09244	101,10		09120	78,65	09245	79,75
	80 ans et +	09240 (3)	74,25	09244	101,10		09120	78,65	09245	79,75
INTERVENTION / en situation complexe										
- 1 ^{re} période de 30 minutes	00-69 ans					15064(4)	94,35			
- Période suppl. de 15 minutes, max. 4							26,20			
- 1 ^{re} période de 30 minutes	70 ans et +					15068(4)	94,35			
- Période suppl. de 15 minutes, max. 5							26,20			

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes** et **AVIS** se rapportant aux codes et référer au P.G. 1.1.6, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7.1

(1) S'applique aussi au réseau de garde intégré. (Réf. : P.G. 2.2.6 C)

(2) Voir la définition de « patient inscrit » en clinique externe dans la note (1) des pages B-10 et B-12

(3) En cabinet, l'urgence avec déplacement (00058, 09240) n'est payable que les samedi, dimanche, journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h

(4) Voir les instructions de facturation au point 4.2.6.6 SECTION 6 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement

(5) Payable en CLSC (8XXX5, 9XXX2), en UMF et en 0XXX1 lorsque spécifiquement autorisé.

EXAMENS	TOUT LIEU	CABINET	C.H.S.G.S. C.L.S.C.		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Service d'urgence)		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Clinique externe)		C.H.S.L.D. C.R. C.H.S.G.S. (Longue durée)	
			Patient admis	Patient inscrit (1)	Patient inscrit (2)					
PSYCHIATRIQUE										
COMPLET										
- Sans déplacement	00-69 ans	08901	47,10	08903	38,50		08807	32,90	08811	33,75
	70 ans et +	08930	53,80	08969	41,55		08992	34,75	08998	33,75
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	69,25	08806	66,40		08808	79,10	09248	72,55
	70 ans et +	09240 (3)	74,25	08979	71,05		08993	81,40	09245	79,75
COMPLET MAJEUR										
- Sans déplacement	00-69 ans	08902	74,15	08904	71,05		08809	59,45	08812	59,75
	70 ans et +	08931	80,85	08994	76,00		08996	61,20	08999	61,75
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	69,25	08907	94,45		08810	79,10	09248	72,55
	70 ans et +	09240 (3)	74,25	08995	101,10		08997	81,40	09245	79,75
PRINCIPAL										
- Sans déplacement	00-69 ans					15066	36,40			
	70 ans et +					15067	48,05			
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans					15069	77,60			
	70 ans et +					15070	78,90			

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes** et **AVIS** se rapportant aux codes et référer au P.G.1.1.6, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7.1

(1) S'applique aussi au réseau de garde intégré. (Réf. : P.G. 2.2.6 B)

(2) Voir la définition de « patient inscrit » en clinique externe dans la note (1) des pages B-10 et B-12

(3) En cabinet, l'urgence avec déplacement (00058, 09240) n'est payable que les samedis, dimanches, jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h.

EXAMENS À DOMICILE

DOMICILE

PREMIER PATIENT

#	- Examen d'urgence	00-69 ans	00012	69,35
#		70 ans et +	09110	76,30
#	- Examen sauf urgence	00-69 ans	00002	45,90
		70 ans et +	09247	50,80

PATIENT SUPPLÉMENTAIRE

#	- Examen ordinaire	00-59 ans	08873	19,85
#		60-69 ans	00022	21,05
#		70-79 ans	08878	24,20
#		80 ans et +	08880	25,25
#	- Examen complet	00-59 ans	08874	40,00
#		60-69 ans	00074	42,05
#		70-79 ans	08879	48,60
#		80 ans et +	08881	50,80
#	- Examen psychiatrique complet	00-69 ans	08855	47,10
#		70 ans et +	08856	53,80

PATIENT EN PERTE SÉVÈRE D'AUTONOMIE**Premier patient (en perte sévère d'autonomie)**

#	- De 0 h à 7 h		00008	174,65
#	- En tout autre temps		00007	85,30
#	Patient additionnel (en perte sévère d'autonomie)		00075	65,65

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes** et les **AVIS** se rapportant aux codes et référer au préambule général, règles 1.1.6 B, 2.2.6 A, 2.4.5 et 2.4.7.1.

CONSULTATION	TOUT LIEU				CABINET (samedi, dimanche, jours fériés, autres jours de 19 h à 7 h)				ÉTABLISSEMENT (en tout temps)			
	- de 70 ans		70 ans et plus		- de 70 ans		70 ans et plus		- de 70 ans		70 ans et plus	
MINEURE												
# - Sans urgence	00061	38,40	09231	41,20								
# - Urgence AVEC déplacement					09102	100,15	09232	107,35	09103	104,30	09233	111,80
ORDINAIRE												
# - Sans urgence	00060	56,30	09234	61,00								
# - Urgence AVEC déplacement					09104	100,15	09235	107,35	09225	104,30	09236	111,80
MAJEURE												
# - Sans urgence	00062	78,30	09237	83,60								
# - Urgence AVEC déplacement					09226	100,15	09238	107,35	09227	104,30	09239	111,80
PSYCHIATRIQUE ORDINAIRE												
# - Sans urgence	08800	56,85	08813	60,95								
# - Urgence AVEC déplacement					08801	100,15	08814	107,35	08802	104,30	08815	111,80
PSYCHIATRIQUE MAJEURE												
# - Sans urgence	08803	78,35	08926	83,20								
# - Urgence AVEC déplacement					08804	100,15	08927	107,35	08805	104,30	08928	111,80

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes** et **AVIS** se rapportant aux codes et référer au préambule général, règles 1.1.6, 2.1, 2.2.9 A et B, 2.4.5 et 2.4.7.1.

B - CONSULTATION ET EXAMEN

AVIS : - Voir le préambule général et l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT section 4.2. Le code d'établissement ou de localité doit obligatoirement figurer sur votre demande de paiement (4.2.5).

- Les numéros des différentes règles s'appliquant aux actes facturés sont indiqués en référence (réf.) près du titre principal de chacune des sous-sections.

15188	supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un inter-prête, cabinet, domicile, établissement pour un patient inscrit	25,00
+	Note : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique et à la psychothérapie.	

Consultation (patients de moins de 70 ans)

(Réf. : préambule général, règles 2.1, 2.2.9 A et 2.2.9 B)

00061	mineure (P.G. 2.2.9 A)	38,40
09102	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	100,15
09103	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	104,30
00060	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	56,30
09104	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	100,15
09225	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	104,30
00062	majeure (P.G. 2.2.9 A)	78,30
09226	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	100,15
09227	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	104,30
08800	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	56,85
08801	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	100,15
08802	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	104,30
08803	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	78,35
08804	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	100,15
08805	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	104,30

Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans

(les tarifs des actes n'apparaissant pas ci-dessous sont ceux s'appliquant pour les patients de moins de 70 ans) (réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.3, 2.4.7)

au cabinet		
00009	ordinaire	21,20
00011	complet.	42,00
00021	complet majeur	77,85
à domicile, patient supplémentaire sous un même toit		
00022	examen ordinaire	21,05
00074	examen complet	42,05

Examen (patients de moins de 70 ans) (réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9 A, 2.2.9 C et 2.4.7)

09092	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	20,55
15192	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	63,15

AVIS : *Ce code est permis seulement en centre hospitalier.*

08877	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans (voir le paragraphe 8.01, de l'E.P. Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	16,30
-------	---	-------

AVIS : *Cet examen ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.*

en cabinet

08870	ordinaire (patients de moins de 60 ans)	19,90
08871	complet (patients de moins de 60 ans)	40,00
08872	complet majeur (patients de moins de 60 ans)	73,95
00059	examen de prise en charge de grossesse (voir le paragraphe 7.01 de l'E.P. Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	81,60

AVIS : *Cet examen tient lieu d'examen complet majeur et demeure soumis au maximum annuel prévu au paragraphe 2.2.3 du P.G.*

15159	supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse (voir le paragraphe 7.02 A) de l'E.P. Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	43,50
15144	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (voir le paragraphe 7.02 B) de l'E.P. Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	10,90
08901	psychiatrique complet	47,10
08902	psychiatrique complet majeur	74,15
00058	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h	69,25

à domicile

	premier patient	
00002	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence	45,90
00012	en tout temps, pour un examen d'urgence	69,35
	patient supplémentaire, sous le même toit	
08873	examen ordinaire (moins de 60 ans)	19,85
08874	examen complet (moins de 60 ans)	40,00
08855	examen psychiatrique complet (moins de 70 ans)	47,10

Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (patients de moins de 70 ans)

(P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)

00007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	85,30
00008	de 0 h à 7 h	174,65

00075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	65,65
	AVIS : Pour le code d'acte 00075 , voir la règle 1.1.6 b du préambule général.	
	dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (patients de moins de 70 ans)	
+00071	supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis (voir le préambule général, règle 2.4.7.8)	7,50
15158	Forfait de congé en établissement d'un patient admis (voir le paragraphe 9.00 C) de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	32,60
	AVIS : Le code 15158 peut être réclamé seulement lors du départ d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.	
00059	Examen de prise en charge de grossesse (voir le paragraphe 7.01 de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	61,20
	AVIS : Cet examen tient lieu d'examen complet majeur et demeure soumis au maximum annuel prévu au paragraphe 2.2.3 du P.G. En CLSC ou en UMF, il est payable seulement au médecin rémunéré exclusivement à l'acte.	
15159	Supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse (voir le paragraphe 7.02 A) de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	32,65
15145	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (voir l'article 7.02 B) de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	8,20
08877	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans (voir le paragraphe 8.01 de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	12,25
	AVIS : Ce supplément ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.	
	ordinaire	
	patient admis	
+00003	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	23,10
+09083	dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	23,10
09228	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	66,40
	patient inscrit (1)	
00005	sans déplacement	13,35
00006	d'urgence avec déplacement	67,70

(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. (voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique, page B-12)

	complet	
	patient admis	
+ 00055	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	46,20
09229	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	66,40
	patient inscrit (1)	
00056	sans déplacement	28,10
00057	d'urgence avec déplacement	67,70
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08903	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	38,50
08806	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	66,40
	patient inscrit (1)	
08807	sans déplacement	32,90
08808	d'urgence avec déplacement	79,10
	complet majeur	
	patient admis	
+ 00096	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	85,25
09230	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	94,45
	patient inscrit (1)	
00097	sans déplacement	50,90
00098	d'urgence avec déplacement	67,70
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08904	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	71,05
08907	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	94,45
	patient inscrit (1)	
08809	sans déplacement	59,45
08810	d'urgence avec déplacement	79,10

dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (patients de moins de 70 ans)

+ 00068	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	19,40
+ 00069	complet (P.G. 2.2.9 A)	38,90
+ 00070	complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	71,70
08811	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	33,75
08812	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	59,75
09248	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	72,55

Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus (paragraphe 2.4.5 du préambule général)

Consultation (réf. : préambule général règles 2.1, 2.2.9 A et 2.4.7)

09231	mineure (P.G. 2.2.9 A)	41,20
09232	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	107,35
09233	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	111,80
09234	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	61,00
09235	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	107,35

(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. (voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique, page B-12)

09236	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	111,80
09237	majeure (P.G. 2.2.9 A)	83,60
09238	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet.	107,35
09239	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	111,80
08813	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	60,95
08814	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h pour un patient en cabinet	107,35
08815	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	111,80
08926	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	83,20
08927	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet.	107,35
08928	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	111,80

Examen (70 ans ou plus) (réf. : préambule général règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7)

AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient.

09093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	22,00
15193	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	67,65

AVIS : Ce code est permis seulement en centre hospitalier.

au cabinet (70 à 79 et 80 ans ou plus)

09034	ordinaire 70 - 79 ans	24,20
09035	complet 70 - 79 ans	48,70
09036	complet majeur 70 - 79 ans	89,05
09038	ordinaire 80 ans ou plus	25,25
09039	complet 80 ans ou plus	50,80
09040	complet majeur 80 ans ou plus	93,05
08930	psychiatrique complet (70 ans ou plus)	53,80
08931	psychiatrique complet majeur (70 ans ou plus)	80,85
09240	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h (70 ans ou plus)	74,25

à domicile (70 ou plus et 80 ou plus)

	premier patient	
09247	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	50,80
09110	en tout temps, pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	76,30
	patient supplémentaire, sous le même toit	
08878	examen ordinaire 70-79 ans	24,20
08879	examen complet 70-79 ans	48,60
08880	examen ordinaire 80 ans ou plus	25,25
08881	examen complet 80 ans ou plus	50,80
08856	examen psychiatrique complet (70 ans et plus)	53,80

Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (patients de 70 ans ou plus) (P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)

AVIS : Ces actes ne sont pas visés par la rémunération majorée prévue à la règle 2.4.5 du préambule général.

00007	examen à domicile du premier patient	
	en perte sévère d'autonomie	85,30
00008	de 0 h à 7 h	174,65
00075	examen à domicile d'un patient additionnel	
	en perte sévère d'autonomie	65,65
dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (patients de 70 ans et plus)		
<u>AVIS</u> : Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient		
+00071	supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis (P.G. 2.4.7.8)	7,50
15158	forfait de congé en établissement d'un patient admis (voir le paragraphe 9.00 C) de l'E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle)	32,60
<u>AVIS</u> : Le code 15158 peut être réclamé seulement lors du départ d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.		
	ordinaire	
	patient admis	
+09112	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	24,90
+09082	dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	24,90
09242	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	71,05
	patient inscrit	
	sans déplacement	
08882	ordinaire 70-79 ans.	16,20
08883	ordinaire 80 ans ou plus.	16,95
	d'urgence avec déplacement	
08884	ordinaire 70-79 ans.	78,65
08885	ordinaire 80 ans ou plus.	82,15
	complet	
	patient admis	
+09115	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	49,85
09243	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	71,05
	patient inscrit (1)	
09116	sans déplacement	29,80
09117	d'urgence avec déplacement	78,65
	complet majeur	
	patient admis	
+09118	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	91,20
09244	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	101,10
	patient inscrit (clinique externe) (1)	
09119	sans déplacement	54,45
09120	d'urgence avec déplacement	78,65
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	41,55
08979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	71,05
	patient inscrit (1)	
08992	sans déplacement	34,75
08993	d'urgence avec déplacement	81,40
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	76,00

(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. (voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique)

08995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	101,10
	patient inscrit (1)	
08996	sans déplacement.	61,20
08997	d'urgence avec déplacement.	81,40

service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C)

NOTE : Le médecin qui voit un patient au service d'urgence peut réclamer un examen selon le code et le tarif pour patient admis si celui-ci y séjourne suite à une demande d'admission en attendant d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée.

	patient inscrit	
	examen ordinaire sans déplacement	
15052	patient de moins de 70 ans.	15,05
15053	de 70 - 79 ans	18,20
15054	de 80 ans ou plus	19,00
	d'urgence avec déplacement	
15055	patient de moins de 70 ans.	66,40
15056	de 70 - 79 ans	77,20
15057	de 80 ans ou plus	80,50
	examen principal	
	sans déplacement	
15058	patient de moins de 70 ans.	30,00
15059	de 70 - 79 ans	45,00
15060	de 80 ans ou plus	47,00
	avec déplacement	
15061	patient de moins de 70 ans.	66,40
15062	de 70 - 79 ans	77,20
15063	de 80 ans ou plus	80,50
	intervention en situation complexe (P.G. 2.2.6 C, point 3)	
	patient de moins de 70 ans	
15064	première période de trente (30) minutes.	94,35
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	26,20
	patient de 70 ans et plus	
15068	première période trente (30) minutes.	94,35
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	26,20

AVIS : - **Un maximum de 5 périodes** (une première de 30 min. et un maximum de 4 périodes supplémentaires additionnelles de 15 min.) **est applicable à la facturation du code d'acte 15064 et de 6 périodes** (une première de 30 min. et un maximum de 5 périodes supplémentaires additionnelles de 15 min.) **pour le code d'acte 15068.**

- **Pour les instructions de facturation des actes 15064 et 15068, se référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement au point 4.2.6.6 SECTION 6 Intervention en situation complexe.**

	examen psychiatrique principal	
	patient inscrit	
	sans déplacement	
15066	de moins de 70 ans	36,40
15067	70 ans et plus	48,05

(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. (voir préambule générale, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique)

	avec déplacement	
15069	de moins de 70 ans	77,60
15070	70 et plus	78,90
15263	orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie démarches entreprises pendant un transport ambulancier menant à l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie	63,05

AVIS : Pour le code d'acte **15263**, voir sous le cinquième sous-paragraphe du paragraphe 2.2.6 C du préambule général. Ce code d'acte est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.

dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (patients de 70 ans et plus)

+09121	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	20,35
+09122	complet (P.G. 2.2.9 A)	40,50
+09126	complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	74,10
08998	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	33,75
08999	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	61,75
09245	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	79,75

Examen du personnel d'un établissement

00020	ordinaire	13,40
00023	complet	26,90
00026	complet majeur	49,00

Examen d'évaluation médicale (réf. : P.G. 2.2.6)

09100	examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et en vue de la rédaction du formulaire approprié	150,00
09063	supplément lorsqu'effectué à domicile	26,90
09101	rédaction du formulaire	33,00

Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumé victime d'assaut sexuel (réf. : P.G. 2.2.7)

	examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire	
09067	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	293,45
15967	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	325,75
15160	évaluation médicale d'un patient présumé victime d'assaut sexuel qui, suite à l'évaluation, ne nécessite pas la rédaction du formulaire. Aucun autre service médical ne peut être facturé pour ce patient à la même séance (P.G. 2.2.9 A)	124,00

NOTE : Ce code ne peut être réclamé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'évaluation.

09069	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un enfant de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A)	46,35
-------	--	-------

+ NOTE : Les codes 09067, 15967, 15160 et 09069 ne peuvent être réclamés avec le code 09070.

AVIS : *Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.*

Forfait de déplacement (assaut sexuel) (réf.: préambule général, règle 2.2.7 A)

(Déplacement du professionnel vers l'établissement)

19080	pour un déplacement entre 8 h et 18 h (*)	160,40
19081	pour un déplacement entre 18 h et 24 h (*)	224,45
19082	pour un déplacement entre 0 h et 8 h (*)	322,20

Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (réf. : Lettre d'entente n° 20 - Brochure n° 1)

09070	Mauvais traitements et tarification applicable. Prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport (P.G. 2.2.9 A)	106,50
09073	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A (**))	42,45
09077	Présence du médecin et tarification applicable. Dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure	126,15

+ NOTE : Les codes 09070 et 09073 ne peuvent être réclamés avec le code 09067. Le code 09077 peut seulement être réclamé en lien avec une évaluation rémunérée selon le code 09070.

AVIS : *Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire l'heure de début et de fin et la durée totale et, dans la case HONORAIRES, les honoraires au prorata du temps de présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse.*

AVIS : (*) *Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19080, 19081 ou 19082), vous devez **obligatoirement** vous déplacer vers un établissement. **Donc, ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.** Veuillez noter également que ce forfait est **majorable** en vertu des annexes XII et XII-A.*

Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et y inscrire :

- le NAM de la personne assurée qui requiert l'examen dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- l'heure de départ pour l'établissement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code de l'établissement qui requiert le déplacement.

(**) *Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.*

Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner (réf. : préambule général, règle 2.2.8)

09054	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	56,55
09055	avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	94,85

AVIS : - Incrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;

De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 1 Identité de la personne assurée les coordonnées suivantes :

- nom de famille : **DO**

- prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe

- date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**

- sexe : **M** ou **F**

- Pour le code d'acte **09055**, depuis le 1^{er} octobre 2008, vous avez droit au remboursement des frais de déplacement lorsque vous rencontrez les conditions énoncés à la règle 2.4.2 du préambule général.

+ Intervention clinique (individuelle ou collective)

(réf. : préambule général, règle 2.2.6 B)

	Intervention clinique (individuelle)	
	première période de trente (30) minutes	
08857	cabinet, domicile	54,75
08858	établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C)	45,60
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08859	cabinet, domicile	27,40
08860	établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C)	22,80

AVIS : Pour le code **08859** ou **08860**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.

	Intervention clinique (collective)	
	première période de trente (30) minutes	
+08866	cabinet, domicile	54,75
+08867	établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C)	45,60
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
+08868	cabinet, domicile	27,40
+08869	établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C)	22,80

**AVIS :** Pour les codes **08868** et **08869**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.
Veuillez également vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour les actes **08866** à **08869**.

	supplément en cabinet, déplacement à domicile de huit (8) kilomètres ou plus, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour	
08861	par période	27,40

AVIS : Pour le code **08861**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

+	Supplément pour le déplacement de huit (8) kilomètres ou plus, du médecin vers le lieu de téléconsultation, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour	
+08876	par période	27,40

AVIS : Pour le code **08876**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

+ **Psychothérapie (individuelle ou collective)**
(réf. : préambule général, règle 2.3)

	Psychothérapie (individuelle)	
	première période de trente (30) minutes	
08862	cabinet.....	54,75
	établissement	45,60
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08863	cabinet.....	27,40
	établissement	22,80

AVIS : Pour le code **08863**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.

	Psychothérapie (collective)	
	première période de trente (30) minutes	
#08864	cabinet.....	54,75
	établissement	45,60

AVIS : Pour le code **08864**, veuillez vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08865	cabinet.....	27,40
	établissement	22,80

AVIS : Pour le code **08865**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS. Veuillez également vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

	Constatacion de décès (réf. : préambule général, règle 2.4.1)	
00013	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	21,40
00014	avec déplacement entre 7 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	53,50
15234	avec déplacement de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	106,90

AVIS : Inscrivez l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

15264	évaluation à distance du décès incluant, le cas échéant, le constat de décès (P.G. 2.2.9 A)	21,40
15265	rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) (P.G. 2.2.9 A)	18,20

Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus

	2 ^e constat de décès	
00016	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	21,40
00018	avec déplacement entre 7 h et 24 h (P.G. 2.2.9 A)	53,50
15266	avec déplacement entre 0 h et 7 h (P.G. 2.2.9 A)	106,90

AVIS : - Utiliser le modificateur **094** si un examen a été fait lors d'une séance différente de la constatation de décès.
 - Les deux professionnels qui constatent le décès d'un donneur facturent les codes **00013, 00014, 15234 ou 15264, ou 00016, 00018 ou 15266.**
 - Conformément à l'article 45 du Code civil, ces deux médecins ne participent pas au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.

Frais de kilométrage (réf. : préambule général, règle 2.4.2)
 (voir 4.2.7 et 4.6.5 onglet Rédaction de la demande de paiement)

jusqu'à soixante (60) kilomètres simples à partir du point de départ énoncé à la règle 2.4.2 du P.G.
 (distance dans un sens seulement), le kilomètre 0,86
 au-delà de soixante (60) kilomètres C.S.

AVIS : *Inscrire dans la case DISTANCE le déplacement effectué diminué des huit (8) premiers kilomètres. Voir la rubrique Frais de déplacement dans notre site Internet, section Facturation.*

Nouveau-né en santé (réf. : préambule général, règle 2.4.3)

00081	soins du nouveau-né en santé	61,20
-------	--	-------

Surveillance (réf. : préambule général, règle 2.4.8)

00080	première demi-heure : non rémunérée par quart d'heure supplémentaire.	21,15
-------	--	-------

AVIS : *Veillez fournir les renseignements suivants :*
 - notes explicatives comprenant une description de l'évolution de l'état du patient justifiant la disponibilité immédiate du médecin ou tout autre document jugé pertinent (ex. : dossier obstétrical, notes évolutives, etc.);
 - l'heure de début de la surveillance;
 - le code du diagnostic, dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case prévue à cette fin;
 - la date de l'admission du patient, dans la case prévue à cette fin, lorsque ce dernier est admis;
 - le nombre total des unités dans la case UNITÉS, il faut compter les unités par quart d'heure rémunérable considérant que la première période de 30 minutes n'est jamais rémunérable (voir 4.2.6 à la section 6 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement);
 - inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.

Transfert ambulancier (réf. : préambule général, règle 2.4.9)

09087	première demi-heure	47,00
09246	par quart d'heure supplémentaire	23,50

- # **AVIS** : Pour le calcul, utiliser l'honoraire doublé, soit :
- **09087** à 94 \$ et ne rien inscrire dans la case UNITÉS.
 - **09246** à 47 \$ et inscrire dans la case UNITÉS, le nombre de quarts d'heure demandé, lequel doit correspondre au temps parcouru pour l'aller seulement, après la première demi-heure; inscrire les honoraires des quarts d'heure supplémentaires.
 - Inscrire le code de l'établissement de départ ou le code de localité dans la case 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 toute autre gare d'embarquement.
 - Lorsque le transport se fait à partir du cabinet ou du domicile, veuillez fournir des notes explicatives (réf. : 2.4.9.2 du préambule général).
 - Lorsque le transfert est effectué entre 0 h et 8 h, veuillez inscrire l'heure de début du transfert de façon à permettre la comptabilisation des heures prévues à l'annexe XXI, paragraphes 1.05 a) et f).

Forfait de déplacement (réf. : préambule général, règle 2.4.9.3)

Déplacement vers l'établissement qui procède à un transfert ambulancier

19047	pour un déplacement entre 8 h et 18 h (*)	162,25
19048	pour un déplacement entre 18 h et 24 h (*)	227,10
19049	pour un déplacement entre 0 h et 8 h (*)	324,50

Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3)

(réf. : annexe XIV et article 17.03 de l'Entente)

AVIS : (*) Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19047, 19048 ou 19049), vous devez **obligatoirement** vous déplacer vers un établissement. **Donc, ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.** Veuillez noter également que ce forfait est **majorable** annexe XII et annexe XII A.

Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et y inscrire :

- le NAM de la personne transférée dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- l'heure de départ pour l'établissement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'établissement (**0XXX7**, **8XXX5** ou **9XXX2**) qui requiert le déplacement.

N.B. Lorsque le déplacement est requis par un CLSC, seul un CLSC désigné aux ententes particulières suivantes est autorisé : Garde dans certains CLSC du réseau de garde intégré ou garde sur place CHSGS désignés.

Conseil génétique ou génique*(réf. : préambule général, règle 2.7)*

dans un établissement désigné par accord des parties

AVIS : Voir l'Accord n° 126, dans la Brochure n° 1.

09056	individuel par période de trente (30) minutes maximum de trois (3) heures	51,75
09057	collectif (couple) par période de trente (30) minutes jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne (**)	51,75
	Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif	
09058	individuel par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	51,75
09059	collectif (couple) par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne (**)	51,75

AVIS : (**) Pour les codes **09057**, **09059** et **08909**, inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS. Voir 4.2.4.2, onglet Rédaction de la demande de paiement.

Éthique clinique (réf. : préambule général, règle 2.10)

00017	Consultation en éthique clinique	75,75
00019	Consultation en éthique clinique (70 ans et plus)	81,25

AVIS : Voir la règle 2.1 du préambule général ainsi que l'Accord n° 172 dans votre Brochure n° 1.

Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique .

08906	Individuelle	37,85
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	
08909	Collective	37,45
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, à raison d'un maximum de deux (2) heures par personne (*)	

AVIS : (*) Pour les codes **09057**, **09059** et **08909**, inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS. Voir 4.2.4.2, onglet Rédaction de la demande de paiement.

RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS*(LETTRE D'ENTENTE n° 223)*

98000	Évaluation – Garde préventive	133,65
98001	Évaluation psychiatrique – Garde provisoire	176,35
98002	Évaluation psychiatrique – Prolongation d'une garde	176,35
98003	Évaluation psychiatrique – Ordonnance traitement / hébergement. . .	801,75
98004	Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance	133,65
98005	Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé.	224,50
98006	Évaluation psychiatrique – Responsabilité criminelle	668,15
98007	Évaluation psychiatrique – Commission d'examen	443,65
98008	Évaluation psychiatrique – Commission des affaires sociales.	443,65
98009	Évaluation psychiatrique – Demandé par la curatelle publique	443,65
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	443,65
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	443,65
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	128,30

#

AVIS : *Veillez inscrire la lettre « D » dans la case C.S. de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.*

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 (ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

+09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 20,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

1. la date de l'accident du travail;
2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
3. la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
4. le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;
5. dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission 19,00

AVIS : *Veillez indiquer la date de l'événement ou la date de la récurrence, rechute ou aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) dans la section DATE DE L'ACCIDENT.*

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

+09928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission 19,00

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

- a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

- 1. l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 2. l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
- 3. l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

+09930	rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission	22,00
--------	---	-------

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929	rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission	75,00
-------	---	-------

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation;

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907	pour l'information verbale fournie	95,00
-------	--	-------

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

+09914	.....	30,00
+09915	.....	60,00
+09916	.....	90,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin.....	95,00
-------	--	-------

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909 rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé 115,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910 rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur 150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Médecin qui a charge**

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objets d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

+09944 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit. 360,00

+ 09901	supplément en neurologie et neurochirurgie, dans le cas de pathologies cérébrales organiques, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente	85,00
---------	---	-------

AVIS : *Le médecin doit être autorisé par la CSST pour réclamer ce service.*

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1. évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

+ 09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	740,00
---------	---	--------

2. évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

+ 09946	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	575,00
---------	--	--------

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947	. . . . .	55,00
09948	. . . . .	100,00
09949	. . . . .	155,00

+ 11. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

+09938	avis donné au vu du dossier	350,00
+09939	avis donné après examen du travailleur.	640,00
+09977	supplément lorsqu'effectué en cabinet	100,00

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable, l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.*

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun	565,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le responsable médical du Bureau d'évaluation médicale en raison de la complexité.

09981	.....	160,00
09982	.....	210,00

+ **12. INDEMNITÉ**

+ Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale ou une évaluation médicale à titre de médecin désigné n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur. (MOD 032)

+ **13. AUDIOLOGIE**

+ Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient ou à son rapport d'évaluation médicale, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests. Ce supplément n'est permis qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

+09919	supplément pour la production des tests audiologiques	85,00
--------	---	-------

+ **14. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE**

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

+09970	rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	70,00
--------	---	-------

AVIS : *Inscrire comme date d'accident la date à laquelle le formulaire recommandant le retrait préventif est complété. S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.*

+ 15. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

Assignment temporaire

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

1. le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
2. ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
3. ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

+09971	rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci	59,00
--------	--	-------

+ 16. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

+ Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

+09942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin	340,00
--------	--	--------

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911	.....	25,00
09912	.....	50,00
09913	.....	75,00

+ 17. RAPPORT DE PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle au dos. Celles-ci comprennent notamment :

- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lombalgie;
- la remise de la brochure d'information ou du DVD qu'il commente au besoin;
- la discussion avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur l'accomplissement de ses activités et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités de retour au travail, eu égard à sa condition.
- la fixation par le médecin de la date de sa prochaine consultation avec le travailleur.

+09975 pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, la discussion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission de la fiche à la Commission 50,00

AVIS : *Veuillez indiquer la date de l'événement ou la date de la récédive, rechute ou aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) dans la section DATE DE L'ACCIDENT.*

+ **18. AVIS MOTIVÉ**

Il s'agit d'un rapport médical par lequel le médecin qui a charge du travailleur analyse les résultats au point de vue fonctionnel des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dont son patient a bénéficié, afin de motiver si ceux-ci doivent cesser, se poursuivre au-delà de trente (30) traitements ou pendant plus de huit (8) semaines, selon la première échéance rencontrée, ou si, dans certains cas, un autre genre de traitement doit débiter. L'avis motivé n'est complété qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle. L'intervenant de la santé du travailleur fournira à son client le formulaire à faire remplir par le médecin qui a charge avant l'arrivée de la première des échéances ci-dessus décrites.

Le médecin complète les trois éléments suivants du formulaire :

1. Appréciation du bilan fonctionnel. Le médecin rapporte les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction (et non les symptômes résiduels);
2. Recommandation du médecin qui a charge concernant les traitements de physiothérapie (section « A ») et d'ergothérapie (section « B »); lorsque les traitements sont en cours, le médecin indique s'il juge pertinent de les poursuivre. Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, il indique s'il prévoit que ce sera éventuellement nécessaire et, dans l'affirmative, dans combien de temps environ. À la section « C », le médecin indique les raisons qui motivent la poursuite des traitements lorsqu'il la recommande. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles recherchées en lien avec les constatations rapportées en « 1 ». Ces objectifs doivent témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non des symptômes résiduels.

3. Date prévue de la prochaine visite médicale.

Lorsque l'avis motivé est complété et signé, le médecin l'expédie sans délai à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie à son patient, par le moyen de son choix ou celui convenu avec cet intervenant.

09900 Pour la rédaction complète et l'expédition du formulaire d'avis motivé prescrit par la Commission à l'intervenant de la santé qui prodigue les traitements au travailleur, avant la première des deux échéances suivantes : huit (8) semaines de la prise en charge par l'intervenant de la santé ou trente (30) traitements 110,00

+ **19. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL**

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et son règlement concerné.

09954 rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel 110,00

AVIS : *Le médecin doit être autorisé par les parties négociantes pour réclamer ce service.*

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli dans la case DATE DE L'ACCIDENT.

+ **20. RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULO-SQUELETTIQUE (AUTRE QU'UNE LOMBALGIE)**

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle musculo-squelettique autre qu'une lombalgie. Celles-ci comprennent notamment :

- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lésion musculo-squelettique;
- l'évaluation avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur les activités que celui-ci peut accomplir et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités pour lui de retourner au travail, même à des tâches modifiées, eu égard à sa condition;
- la prise du prochain rendez-vous fixé avec le travailleur, pour la réévaluation de sa condition.

09955 pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'évaluation des impacts de la lésion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission sans délai de la fiche à la Commission 50,00

AVIS : *Pour facturer le rapport de suivi, le médecin doit préalablement avoir rencontré le travailleur et facturé l'un des codes suivants : 09926, 09927 ou 09928.*

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA MAIN-D'OEUVRE ET DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (1988, Chapitre 51).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour les services professionnels, ci-après énumérés, dispensés par le médecin en vertu de la Loi sur la Sécurité du revenu, la rémunération applicable est celle ci-après indiquée :

1^o Rapport médical

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », ou au barème de non-disponibilité du programme « Actions positives pour le travail et l'emploi », le tout tel qu'édicte par la Loi sur la Sécurité du revenu et plus particulièrement le premier paragraphe de son article 6 et le premier paragraphe de son article 16.

09800 Pour remplir le formulaire intitulé « Rapport médical » prescrit par le Ministre. **20,00**

2^o Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par un médecin du ministère chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou au barème de non-disponibilité du programme « Actions positives pour le travail et l'emploi » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la Loi sur la sécurité du revenu.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801 pour l'information fournie **20,00**

II. Le médecin transmet ses relevés d'honoraires à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit pour le compte du Ministre de la Main-d'œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.

III. Ce protocole d'accord prend effet le 1^{er} octobre 1993. Ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 1^{er} jour de octobre 1993.

ANDRÉ BOURBEAU
Ministre
Ministère de la Main-d'Oeuvre
et de la Sécurité du Revenu

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE représenté par le sous-ministre

Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. 46)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour le service professionnel requis par un policier dans le cadre d'un prélèvement prévu à l'article 258 (1) h) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. 46 :

Certificat du médecin qualifié

Il s'agit d'un formulaire permettant au médecin de certifier, à la suite d'une demande d'un agent de la paix :

qu'il a lui-même effectué ou qu'il a fait effectuer par un technicien qualifié, sous sa direction, les prélèvements de sang qui, à son avis, étaient nécessaires à une analyse convenable pour permettre de déterminer l'alcoolémie de la personne qu'il a identifiée;

qu'avant de procéder ou de faire procéder au prélèvement, il était d'avis que ce dernier ne mettrait pas en danger la vie ou la santé de cette personne;

qu'il a effectué ce prélèvement à telle heure et telle minute précises, tel jour de telle année, dans la province de Québec;

qu'au moment du prélèvement, il a constitué deux échantillons de sang dont l'un pour permettre une analyse à la demande de la personne ayant subi le prélèvement, lesdits échantillons ayant été reçus directement de ladite personne dans des contenants approuvés VacutainerXF947 qui ont ensuite été scellés et identifiés par un numéro;

qu'il a effectué ou fait effectuer ce prélèvement avec le consentement de la personne concernée;

qu'à son avis, la personne concernée était incapable de donner un consentement au prélèvement de son sang à cause de son état physique ou psychologique résultant de l'absorption d'alcool, de l'accident ou de tout autre événement résultant de l'accident ou lié à celui-ci, et qu'il a pu prendre connaissance d'un mandat autorisant l'agent de la paix à exiger un tel prélèvement.

qu'aucune forme d'alcool n'a été utilisée pour nettoyer la peau; le tout tel qu'édicté par le Code criminel et plus particulièrement son article 258 (1) h) et (i) et (ii).

09820 remplir le formulaire intitulé « certificat du médecin qualifié » et effectuer, le cas échéant, le prélèvement découlant des exigences du Code criminel **40,00**

II. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Sécurité publique.

III. Le ministre de la Sécurité publique est partie à ce protocole d'accord en vertu de son mandat de coordination de l'activité policière.

IV. Ce protocole entre en vigueur le 1^{er} septembre 1990.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 12^e jour de juillet 1990.

SAM ELKAS
Ministre
Ministère de la Sécurité publique

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services professionnels, ci-après énumérés, dispensés par le médecin auprès d'un patient, en vue d'un régime de protection public ou privé, la rémunération applicable est celle ci-après indiquée.

09825	- Remplir le formulaire intitulé « rapport du directeur-général - évaluation médicale » ou son équivalent.	25,00
09826	- Remplir le formulaire intitulé « réévaluation médicale » ou son équivalent.	25,00
2. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Santé et des Services sociaux.
3. La rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord n'est pas sujette à l'application de l'annexe IX de l'entente générale.
4. Ce protocole d'accord entre en vigueur le 15 avril 1990 et ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 3^e jour de juillet 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

INDEX

Page

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

PRÉAMBULE PARTICULIER **B1-2**

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

PRÉAMBULE PARTICULIER

Les activités de prévention s'inscrivent notamment dans le cadre des objectifs poursuivis par le *Programme national de santé publique 2003-2012*. Elles visent à faire la promotion de saines habitudes de vie, à réduire l'incidence de certaines maladies et à rendre accessibles des soins et services de qualité.

La réalisation des actes de prévention primaire ou secondaire suppose différentes actions impliquant, selon le cas, une évaluation, un dépistage, la communication de résultat, le counselling, la prise en charge, tout en assurant l'orientation de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé pour investigation complémentaire, diagnostic, traitement ou autre.

1. Soutien médical à l'abandon du tabagisme

Le soutien médical à l'abandon du tabagisme comprend un ensemble d'interventions faites en cabinet auprès d'un patient fumeur ou qui a cessé de fumer depuis moins de six (6) mois.

Ces interventions doivent porter sur le statut tabagique du patient, sur son stade de changement de comportement, sur ses motivations à poursuivre ou à abandonner le tabagisme, sur ses inquiétudes incluant ses symptômes de sevrage, sur les stratégies pour surmonter les obstacles. Il établit, avec lui, un plan d'interventions qu'il note au dossier.

- + Le médecin peut facturer le soutien médical à l'abandon du tabagisme une fois par année civile pour un même patient. Il peut facturer cet acte seul ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. Au cours de la même séance, le médecin ne peut facturer l'intervention clinique ou la psychothérapie.

2. L'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

L'intervention préventive relative aux ITSS a pour objet la cueillette de renseignements permettant l'évaluation du niveau de risque d'ITSS chez une personne symptomatique ou asymptomatique et les actions spécifiques de nature préventive appropriées selon le niveau de risque décelé, dont :

- le counselling pré-test,
- l'évaluation des indications de dépistage et d'immunisation,
- la détection d'ITSS par analyse de biologie médicale à des fins de dépistage et de diagnostic, le cas échéant.
- l'interprétation des résultats des analyses et l'établissement du diagnostic,
- la communication des résultats d'analyse,
- la prescription du traitement approprié et l'intervention préventive visant la notification des partenaires,
- le counselling post-test que les résultats soient positifs ou négatifs,
- l'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial.

Cette intervention peut être facturée lorsqu'elle est faite en cabinet. Elle nécessite généralement plus d'une visite.

Remplir et acheminer à la Direction de santé publique le formulaire de déclaration obligatoire lorsque requis par la *Loi sur la santé publique* est inclus dans l'intervention préventive.

Le médecin peut facturer l'intervention préventive relative aux ITSS autant à la première visite qu'au cours des visites subséquentes. Il peut la facturer seule ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. La durée de cette intervention est d'au moins quinze (15) minutes au-delà du temps consacré à l'examen s'il est indiqué.

- + Au cours de la même visite, le médecin ne peut facturer l'intervention clinique ou la psychothérapie.

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

15161 Soutien médical à l'abandon du tabagisme 33,95

AVIS : Pour facturer, veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- Le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- Le code d'acte **15161** dans la section Actes ou dans celle des VISITES;
- Le code de localité ou le numéro de cabinet (6XXXX ou 54XXX) dans la case ÉTABLISSEMENT;
- Le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- Ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

15230 Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de 15 minutes. 28,25

NOTE : La durée de l'intervention ne comprend pas la durée de l'examen, le cas échéant.

AVIS : Pour facturer, veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- Le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- Le code d'acte **15230** dans la section Actes;
- Le code de localité ou le numéro de cabinet (6XXXX ou 54XXX) dans la case ÉTABLISSEMENT;
- Le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- Le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

INDEX

Page

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

PRÉAMBULE PARTICULIER	C-2
Allergie	C-3
Audiométrie et examens vestibulaires	C-4
Biopsie	C-5
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	C-6
Cardiologie et angiologie	C-7
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques	C-11
Électrocardiogramme	C-15
Dermatologie	C-17
Électroencéphalographie	C-17
Électromyographie	C-18
Gastroentérologie	C-20
Gynécologie	C-23
Hyperalimentation, injection, insufflation, ponction	C-24
Laboratoire	C-27
Épreuves, études et tests	C-29
Néphrologie	C-31
Neurochirurgie	C-32
Ophtalmologie	C-33
Oto-rhino-laryngologie	C-36
Pneumologie	C-36
Radiologie	C-38
Interventions per-cutanées non vasculaires	C-40
Injection de substance de contraste	C-42
Radio-oncologie	C-43
Curiethérapie	C-44
Soins intensifs	C-45
Urologie	C-45
Divers	C-47
Traitements psychiatriques	C-50
# Échographie ciblée d'urgence	C-51

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- AVIS :** - Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés **avec le modificateur 093 ou 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.
- Les actes dont la nomenclature indique « supplément » ne sont pas payés au demi-tarif.
 - Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs » « unilatéral ou bilatéral » ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.1 Aux fins du présent tarif, constitue un acte diagnostique ou thérapeutique tout acte médical visé au présent préambule.

1.2 Lorsqu'une entrevue avec le médecin a pour objet unique la dispensation d'un acte diagnostique ou thérapeutique, le médecin ne peut réclamer d'autre honoraire que celui prévu pour cet acte.

1.3 Tout acte diagnostique ou thérapeutique dispensé lors d'un examen ou d'une consultation est tarifé au taux d'honoraire prévu au présent tarif.

Toutefois, si plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique est dispensé lors d'un examen ou d'une consultation, le médecin reçoit le plein montant de l'honoraire payable pour l'acte le mieux rémunéré et la moitié pour chaque acte additionnel (MOD 050).

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération de l'anesthésie locale, excluant le coût du produit injecté, reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

Allergie

+00400	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) en cabinet seulement, lorsque faite sans examen; une seule ou plusieurs injections dans la même séance . . .	4,70	
	Cuti-réaction (intradermo-réaction ou scarification)		
+00105	par test, chacun (*)	1,85	
+	maximum 2 fois par période de 12 mois	46,25	
+00150	Scarification ou intradermoréaction aux venins d'insectes ou à un médicament		
+	par test, chacun (*)	5,00	
+	maximum semi-annuel	45,00	
+00107	Transfert passif	43,85	
+00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation	45,00	
	Test par application (patch test)		
+00110	par test (*)	1,50	
+	maximum	37,50	
+00152	Perfusion intraveineuse de gamma globuline, incluant la surveillance	15,05	
+00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les examens, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	137,90	
+00815	Test de provocation bronchique à l'histamine ou méthacholine ou les deux incluant la participation professionnelle au procédé et l'interprétation	51,95	
+00211	Test de provocation cutanée spécifique incluant les examens, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	61,25	
+00367	Test de provocation orale spécifique incluant les examens, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	140,90	
+00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant trois (3) études rhinomanométriques) incluant surveillance	104,70	
+00334	Désensibilisation aux médicaments incluant tous les soins, par jour	299,85	
+00161	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une (1) ou plusieurs injections par séance	13,65	
00778	Traitement immunologique de la leucémie lymphoblastique par scarification au B.C.G.	C.S.	2

AVIS : Voir règle 1.1.2 du préambule général.

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total d'injections ou de tests dans la case UNITÉS.

AUDIOMÉTRIE ET EXAMENS VESTIBULAIRES

	tonale		
+00160	interprétation	3,05	
+00180	interprétation et technique de procédé	14,15	
	tonale et vocale		
+00156	interprétation	5,10	
+00747	interprétation et technique de procédé	18,80	
	tests spéciaux		
+00157	interprétation	3,05	
+00748	interprétation et technique de procédé	13,50	
	corticale		
+00158	interprétation	13,35	
+09423	interprétation et technique de procédé	52,80	
+00795	Cochlée : mise en place d'électrodes transtympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	103,35	5
+00779	Évaluation auditive avec médicament (glycerol)	17,45	
+00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale	3,25	
+00145	Tronc cérébral (bilatéral) (P.G. 2.9)	90,25	5
	Examens vestibulaires (bilatéral)		
+00755	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard exécutés avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	17,45	
+00841	épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles	12,45	
+00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	18,20	
+00759	épreuves optocinétiques exécutées avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	17,45	
+00198	Tympanogramme (appareil automatique), uni ou bilatéral	3,70	

BIOPSIE avec ou sans guidage échographique (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.

+00165	anus	24,85	3
+00166	aponévrose	56,20	3
+00167	bouche	25,90	3
+00168	bourse profonde	62,35	3
+00169	bourse superficielle	29,05	3
+00782	bronche, par brosse bronchique (une ou plusieurs bronches sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	39,60	
+00171	clitoris	27,15	3
+00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,30	3
+00173	conduit auditif externe	21,20	3
----	conjonctive	(Voir ophtalmologie)	
+00177	endomètre (P.G. 2.4.7.7B)	18,65	3
+00179	estomac (perorale)	20,45	3
+00181	foie (à l'aiguille, percutanée)	47,95	3
+00183	gaine tendineuse	48,95	3
+00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal)	37,75	3
+00185	gencives	14,85	3
+00186	glande de Bartholin	13,75	3
+00187	glandes salivaires	32,85	3
+00188	grande lèvre	14,15	3
+09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	60,00	3
+00190	intestin grêle (perorale)	48,95	2
+00192	langue	21,75	3
----	larynx	(Voir pneumologie)	
+00194	lèvre	16,00	3
+00195	ligament	49,15	3
+00308	masse cervicale (à aiguille)	34,40	3
	moelle osseuse		
+00196	aspiration seulement	19,90	2
+00197	aspiration et interprétation	36,70	3
+00199	Silverman (aiguille de ...), technique seulement	19,90	3
+00202	muscle	53,60	3
+00220	nerf périphérique	65,25	3
+00203	nez	24,85	3
+00204	nez, tumeur endonasale	31,50	3
----	orbite	(Voir ophtalmologie)	
+00207	oreille moyenne	19,65	3
----	os (à l'aiguille)	(Voir musculo-squelettique)	
	osseuse ouverte		
----	os majeur	(Voir musculo-squelettique)	
----	os mineur	(Voir musculo-squelettique)	
+00213	palais	24,00	3
----	paupières et sourcils	(Voir ophtalmologie)	
+00215	peau et tissus sous-cutanés	22,50	3
+00221	pharynx	22,60	3
+00222	plèvre (à l'aiguille)	56,95	3
+00797	plèvre ou poumon ou les deux, au trépan pneumatique	186,65	3
+00226	préscalénique	81,80	3

		R = 1	R = 2
+00227	prostate (à l'aiguille)	45,10	3
+00223	rate (avec manométrie)	58,85	3
+00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	68,30	3
+00231	rectum	15,85	3
+00232	rein (à l'aiguille)	108,75	3
+00798	sein (à l'aiguille), une (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	22,60	3
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général (plaqueau de chirurgie).			
+00498	pour une (1) ou plusieurs biopsies d'une lésion distincte au même sein lors de la même séance, supplément	8,50	
+00236	sinus	16,30	3
+00175	synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	86,10	4
+00238	tendon	46,85	3
	testicules		
+00241	unilatérale ou bilatérale	51,10	3
+00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	67,45	3
+00242	thyroïde (à l'aiguille)	30,00	3
----	transtrachéale ou transbronchique	(Voir pneumologie)	
+00244	urètre (sans endoscopie)	11,70	3
+00245	vagin ou vulve	22,45	3
+00246	vaisseau superficiel	53,95	3

BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

	bloc facettaire sous contrôle scopique uni ou bilatéral		
+00217	un niveau	47,50	
+	chaque niveau supplémentaire	23,75	
+	maximum	142,50	
+00722	bloc veineux	32,40	
+00255	blocage d'un nerf somatique important tel radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur	22,65	
	blocage nerveux continu par injection d'anesthésique local dans un cathéter intrapleurale, incluant les examens, les consultations, l'insertion du cathéter, la surveillance et les injections		
+09481	pour les premières quarante-huit (48) heures	119,90	
+09482	en postopératoire immédiat, pour les premières quarante-huit (48) heures	64,90	
+09483	réinjections et/ou examens après quarante-huit (48) heures, par jour, par patient	30,45	
+00257	caudal	41,90	
+00256	épidural, cervical, thoracique ou lombaire	42,55	
+00258	ganglion de Gasser	58,85	
+00259	ganglion sphéno-palatin	50,30	
+00260	ganglion stellaire	35,70	
+00261	nerf fémoro-cutané	28,70	
+00262	nerf laryngé supérieur	29,35	
+00719	nerf obturateur	31,05	
+00263	nerf phrénique	34,30	
+00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	118,75	
+00265	nerf sus-scapulaire	26,95	

		R = 1	R = 2
+00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	42,00	
+00280	paravertébral de nerf somatique sous scopie seulement (thoracique, lombaire ou cervical).	29,90	
+	maximum par jour	74,75	
<u>AVIS :</u> Voir section 4.2.6, onglet Rédaction de la demande de paiement, concernant les UNITÉS.			
Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance, les examens et les consultations au cours de la même journée			
+00292	une (1) racine	147,00	
+00293	deux (2) racines ou plus	220,50	
paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire)			
+00268	unilatéral	28,15	
+00269	plexus brachial	38,70	
+00322	sinus carotidien	32,65	
+00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	31,80	
+00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire.	34,60	
NOTE : pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie, les prestations ci-dessus sont majorées de 100 % (MOD 052).			

CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE

Angiologie

La présente section s'applique aux médecins qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie per-cutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %. (MOD 016)

Angiographie veineuse

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)			
veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)			
+00129	patient de deux (2) ans ou plus	26,35	3
+00233	patient de moins de deux (2) ans.	35,90	4
veine thoracique ou abdominale			
+00133	patient de deux (2) ans ou plus	50,60	3
+00886	patient de moins de deux (2) ans.	63,60	3

	R = 1	R = 2
par dissection veineuse		
veine cave supérieure ou inférieure		
+00135 patient de deux (2) ans ou plus	56,55	3
+00888 patient de moins de deux (2) ans	84,85	3
sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine		
+00141 patient de deux (2) ans ou plus	81,50	3
+---- maximum (*)	203,75	
+00621 patient de moins de deux (2) ans	122,40	4
+---- maximum (*)	306,00	
Angiographie artérielle		
par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)		
artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
+00142 patient de deux (2) ans ou plus	30,65	3
+00408 patient de moins de deux (2) ans	42,45	3
artère sous-clavière		
+00139 patient de deux (2) ans ou plus	69,60	4
+00619 patient de moins de deux (2) ans	104,40	4
artère carotide ou vertébrale		
+00143 patient de deux (2) ans ou plus	77,90	4
+00409 patient de moins de deux (2) ans	106,05	4
artère thoracique ou abdominale		
aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
+00130 patient de deux (2) ans ou plus	61,20	3
+00883 patient de moins de deux (2) ans	84,85	4
aortographie translombaire		
+00131 patient de deux (2) ans ou plus	78,35	4
+00884 patient de moins de deux (2) ans	117,45	4
par dissection artérielle		
aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
+00132 patient de deux (2) ans ou plus	97,35	3
+00885 patient de moins de deux (2) ans	122,35	4
artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coéliquae, mésentérique, bronchique)		
ajouter à l'aortographie non sélective		
+00134 patient de deux (2) ans ou plus	26,10	
+---- maximum (*)	104,40	
+00887 patient de moins de deux (2) ans	40,70	
+ maximum (*)	162,80	
Coronarographie		
+00294 patient de deux (2) ans ou plus	130,55	4
+00488 patient de moins de deux (2) ans	195,80	4
Angiocardiographie		
non sélective (par voie veineuse)		
+00126 patient de deux (2) ans ou plus	37,70	4
+00219 patient de moins de deux (2) ans	48,95	5

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITES.

		R = 1	R = 2
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire		
+00102	patient de deux (2) ans ou plus	81,50	4
+----	maximum (*)	163,00	
+00191	patient de moins de deux (2) ans.	122,40	5
+----	maximum (*)	244,80	
	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires :		
	avec coronarographie		
+00103	patient de deux (2) ans ou plus	163,15	3
+00193	patient de moins de deux (2) ans.	244,70	4
	sans coronarographie		
+00104	patient de deux (2) ans ou plus	108,75	3
+00218	patient de moins de deux (2) ans.	163,15	4
	Introduction d'une substance pharmacologique au cours d'une angiographie		
	Supplément à la technique d'angiographie effectuée peu importe le nombre		
+00144	patient de deux (2) ans ou plus	13,05	
+00420	patient de moins de deux (2) ans.	19,55	
	L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque, lorsque réalisé au cours de la même séance ou le même jour.		
+09301	Angioplastie coronarienne transluminale percutanée, incluant le cathétérisme cardiaque avant et après la dilatation fait durant la même séance	559,20	5
+09302	dilatation de chacune des artères supplémentaires.	114,20	
+09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (P.G. 2.9)	516,60	7
+09361	dilatation additionnelle, supplément	114,20	
+09419	Oblitération d'un canal artériel perméable par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	543,80	11
+00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	169,70	9
	Dans les cas d'angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique, ou d'une oblitération d'un canal artériel perméable, la prestation inclut les études hémodynamiques si elles ont été effectuées au cours des douze mois précédents, sauf le même jour.		
+00597	Ponction péricardique.	44,60	3
+09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments)	134,50	4
+09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	18,80	
AVIS :	(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITES.		

		R = 1	R = 2
+00489	Cardioversion électrique avec ou sans défibrillation, lors de la même séance, une (1), par séance	77,05	3
	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque permanent		
+00251	patient de deux (2) ans ou plus	130,55	4
+00469	patient de moins de deux (2) ans	195,80	3
	La réanimation est effectuée dans un cas d'arrêt cardiaque ou de situation grave et complexe où l'instabilité clinique du patient nécessite un traitement immédiat (choc hémodynamique, coma, insuffisance cardio-respiratoire sévère, convulsions actives) incluant l'examen et tout autre service médical dispensé durant la manoeuvre, par le médecin. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes.		
	Réanimation		
+00828	premier quart d'heure (P.G. 2.4.7.3 C)	103,85	
+00829	chaque quart d'heure supplémentaire (P.G. 2.4.7.3 C) . .	25,90	
	<u>AVIS :</u> Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont facturées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un document complémentaire et inscrire un « A » dans la case C.S.		
	Réanimation du nouveau-né à la naissance		
+00823	sans intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	27,15	
+00824	avec intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	54,30	
	Soins à l'unité coronarienne :		
+00717	incluant un premier examen et l'interprétation de bandes de rythme pour les six (6) premiers jours par jour, par patient	37,60	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date d'entrée du patient à l'unité coronarienne et le code d'établissement : (0XXX6) correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec : (0XXX9)		
	Électrophysiologie		
+	NOTE : Un maximum de 828 \$ au 1 ^{er} avril 2011 et 870 \$ au 1 ^{er} janvier 2012 par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « Électrophysiologie ».		
#	<u>AVIS :</u> Le maximum de 870 \$ vise la combinaison d'actes 00170, 00248, 00176, 00291, 09422, 00323, 09471, 00564, 09345 effectués le même jour.		
+00170	Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (P.G.2.9)	146,85	3

		R = 1	R = 2
+00248	ablation du nœud 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 . .	108,75	4
+00176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (P.G.2.9)	470,90	5
+00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	217,55	4
+09422	avec mapping gauche, supplément	108,75	4
+00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	123,60	4
+09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément.	217,55	4
	NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 09422 et 00323		
	NOTE : Les services médicaux codés 00170 et 00176 ne peuvent être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du cœur.		
+00564	Test de la table basculante pour syncope vasomotrice, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire.	141,25	
	NOTE : La durée habituelle de ce test est d'une heure et demie et la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé. Ce procédé ne peut être fait que dans un établissement.		
<u>AVIS :</u> Incrire le diagnostic ou le code de diagnostic requis dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
+09345	Cartographie cardiaque peropératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire	407,90	

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.

Les services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de deux (2) ans.

Les actes hémodynamiques d'une durée de deux heures et demie (2 ½ h) ou plus donnent droit à un supplément auquel s'ajoute un montant pour chaque période additionnelle complète de quinze (15) minutes. Ces suppléments de durée ne peuvent excéder une durée totale de trois heures et quart (3 ¼ h).

+00566	deux heures et demie (2 1/2 h) ou plus, supplément.	35,25
+00567	période de quinze (15) minutes additionnelles	35,25
+	maximum.	141,00

AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS, l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour le code 00566 ou 00567.*

+00300	Un maximum d'honoraires est payable pour l'ensemble des services médicaux de la sous-rubrique « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques » y comprise l'angiologie, faits durant la même séance pour un patient âgé de deux (2) ans ou plus. Maximum d'honoraires	304,85
--------	---	--------

NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

+00310	Les actes hémodynamiques effectués chez un patient de moins de deux (2) ans sont rémunérés à 125 % du tarif prévu jusqu'à un maximum d'honoraires. Maximum d'honoraires	381,10
--------	--	--------

NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément du durée ci-dessus, le cas échéant.

AVIS : - *Pour les actes 00300 et 00310 inscrire dans la description des services ou sur un document complémentaire les codes d'acte se rapportant aux études hémodynamiques effectuées.*

- *Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, facturer les codes d'acte pour chaque étude effectuée. Selon les services demandés, le modificateur 050 ou 060 s'applique pour le calcul.*

+00617	Cathétérisme aortique (P.G. 2.9)	56,55	3
+00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (P.G. 2.9)	117,50	3
+00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (P.G. 2.9)	115,40	3
+09492	voie d'approche transseptale, supplément	119,90	1
+09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	108,75	1

		R = 1	R = 2
+00525	Cathétérisme des veines caves, rénales et/ou sushépatiques pour enregistrement de pression et/ou prélèvement (P.G. 2.9)	65,00	
+00530	Cathéter, électrode de stimulation cardiaque temporaire (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9)	95,00	3
+00535	Épreuve d'entraînement sélectif du cœur incluant l'électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	53,95	
+00540	Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément (P.G. 2.9)	29,80	
+00545	Électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	28,60	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque unifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
+00685	patient de deux (2) ans ou plus	13,30	
+00690	patient de moins de deux (2) ans	16,70	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque bifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
+00693	patient de deux (2) ans ou plus	68,75	
+00705	patient de moins de deux (2) ans	86,50	
+00313	Programmation et/ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électro-cardiographique (maximum six (6) programmations et/ou vérifications par année)	60,00	4
	Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes		
+00550	veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément (P.G. 2.9)	29,40	
+00560	veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le cœur droit, supplément (P.G. 2.9)	28,75	
+00565	Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes (P.G. 2.9)	30,00	
+00570	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) (P.G. 2.9)	71,10	
+00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (P.G. 2.9)	226,40	4
+00301	Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement	49,15	3
	Cathétérisme artère ombilicale		
+00306	Mise en place du cathéter incluant la dissection	32,35	2
+00307	Mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement (incluant la dissection)	91,35	3
+00487	Cathéter pour mesure de la tension veineuse centrale, (ne peut être réclaté au cours d'un cathétérisme cardiaque) (P.A.R. 3.02)	19,35	
	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter		
+00336	artérielle (périphérique)	42,50	3
+00337	veineuse	42,55	3
	Insertion percutanée d'un cathéter de dix (10) cm ou plus pour infusion intraveineuse prolongée (sauf si effectuée à l'occasion d'une intervention chirurgicale)		
+00492	patient de quatre (4) ans ou plus	13,10	
+00680	patient de moins de quatre (4) ans	18,65	
+00557	Insertion percutanée d'un cathéter flexible pour infusion intraveineuse prolongée chez un enfant de moins de deux (2) ans	9,20	

		R = 1	R = 2
	Cathétérismes veineux		
	NOTE : Lorsque le médecin installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf pour le médecin anesthésiste au cours d'une chirurgie. Dans ce cas, il doit utiliser le code d'acte correspondant au supplément P.A.R. 3.02 concerné (unités de base en rôle 2). Lorsqu'un médecin installe un cathéter et que le patient nécessite une anesthésie par un médecin anesthésiste, celui-ci est rémunéré selon la valeur de base et de durée en rôle 2 du même code d'acte.		
+00695	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire	26,50	
+09304 00987	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz supplément (P.A.R. 3.02)	136,30	9
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
+09305 00993	patient de moins de 16 ans supplément (P.A.R. 3.02)	68,35	3* 5
+09306 00994	patient de 16 ans ou plus supplément (P.A.R. 3.02)	39,80	3* 3
+09307 00995	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste supplément (P.A.R. 3.02)	64,05	3* 5
+09308	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant	174,05	
+09309	si reprise de la technique en deçà de trente jours, supplément	29,40	
+09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant	106,20	
+09328 00996	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. supplément (P.A.R. 3.02)	95,40	7
+09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie.	44,30	

(*) Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (* = +D)

Électrocardiogramme		
	en cabinet	
+00340	interprétation	1,80
+00341	technique et interprétation	4,70
+00342	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)	4,70
+00339	épreuve d'effort submaximal et 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)	48,25
+00344	à domicile	21,15
+00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par le médecin. par heure, par patient Maximum quinze (15) patients	5,20
#	<u>AVIS :</u> <i>Veillez utiliser la Demande de paiement - Médecins n° 1200 et inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes sous observation au cours de cette session et dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, en plus du NAM des personnes assurées, (voir section 4.2.4.2, sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement) inscrire l'heure de début et de fin de la session</i>	
+00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de vingt-quatre (24) heures, interprétation NOTE : ne peut être facturé pour des patients hospitalisés	9,20

Électrocardiogramme en établissement

Un médecin qui, dans un établissement détient un statut et des privilèges lui permettant d'interpréter des électrocardiogrammes a droit d'être rémunéré pour les interprétations qu'il effectue lui-même aux conditions suivantes :

1. La rémunération pour l'interprétation d'un électrocardiogramme inclut l'enregistrement du tracé, le cas échéant, la lecture du tracé enregistré sur document permanent, la rédaction et la signature du rapport, sa communication et son intégration au dossier.

2. La rémunération pour un électrocardiogramme comprend l'interprétation d'un nombre suffisant de tracés pour poser un diagnostic.

AVIS : - Pour l'interprétation d'un électrocardiogramme en établissement, le professionnel doit détenir des privilèges à cet égard. L'attestation de ces privilèges doit être confirmée à la Régie par le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges n° 3051.
- Pour réclamer les actes **30010 à 30130** utiliser la Demande de paiement n° 1606. (voir l'onglet Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement *du manuel des SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT*).

+30010	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,80
+30060	Épreuve d'effort sub-maximal et maximal incluant l'électrocardiogramme au repos exécuté au moyen d'un tapis roulant et/ou d'une bicyclette ergométrique avec monitoring continu de l'électrocardiogramme (surveillance et interprétation)	34,60
+30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaudique.	5,45
+30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,70
+30130	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 30060 le même jour chez le même patient)	65,25
	Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps différé)	
+00756	interprétation seulement une bande de douze (12) heures	8,65
+00757	visualisation, enregistrement, interprétation une bande de douze (12) heures, (pour les deux premières bandes), chacune	32,40
+00758	les bandes de douze (12) heures subséquentes et consécutives, chacune	15,65
	Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps réel), par vingt-quatre (24) heures	
+00630	technique et interprétation	38,95
+00846	Mesure du débit cardiaque par thermodilution par mesure	19,45
	maximum par patient par jour, quatre (4) mesures	
	NOTE : ce service médical est inclus dans la valeur de base au cours d'une anesthésie.	
+00182	Intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux prévus au préambule particulier d'anesthésie réanimation	26,95

	Exsanguino-transfusion (patient de plus de seize (16) ans) méthode iso-volumétrique	
+00712	initiale, incluant l'examen et la consultation	187,35
+00713	subséquente	124,95
00714	multiple	C.S.

AVIS : Voir 1.1.2 de la règle 1 du préambule général.

+00715	Leucophérèse	157,65
+00406	Plaquettophérèse	149,90
+00647	Transfusion directe, exsanguino-transfusion (chacune) . .	135,95
	Pacemaker	
+00146	installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur . .	25,90

DERMATOLOGIE

---	Chimiothérapie	
---	lésion cutanée (une (1) ou plusieurs) (<i>annexe I, préambule général</i>)	
----	intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale, intraveineuse	(Voir hyperalimentation, injection...)
	- Cryothérapie d'une lésion (<i>annexe I du préambule général</i>)	
+00425	Infiltration intralésionnelle (une (1) ou plusieurs lésions) .	1,30
+00468	Injection de substance sclérosante, intralésionnelle (dermatologie) une (1) ou plusieurs	7,25
+00830	Photochimiothérapie	18,60
+00821	Traitement de Goekerman	5,55
+00328	Traitement de l'acné par chirurgie et/ou cryothérapie et/ou thérapie physique (excluant le Laser) y compris l'extraction de comédons, un (1) ou plusieurs traitements par séance	1,30

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du patient.

2. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.

3. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à huit (8) canaux et un tracé enregistré avec un minimum de dix-sept (17) électrodes comprenant cinq (5) à huit (8) montages différents ou à partir d'un appareil à seize (16) canaux avec quatre (4) à six (6) montages différents et, dans l'un ou l'autre cas, une (1) ou deux (2) activations par hyperventilation et stimulation intermittente.

		R = 1	R = 2
+00347	Électroencéphalogramme de base Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base À l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter	33,95	
+00735	Étude avec électrodes pharyngées	3,80	
+00736	Étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux) . . .	14,45	
	Corticographie		
+00889	un (1) médecin	367,50	
+09421	deux (2) médecins, chacun	163,15	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation mineure périphérique		
+00333	première heure	54,40	
+	chaque heure supplémentaire	21,75	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total d'heures dans la case UNITÉS.		
	NOTE : les codes 00145 et 00509 effectués dans la même séance que 00333 ne sont pas sujets à l'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques ».		
+00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	163,15	
+00117	Mesures sériées de la latence d'endormissement Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme, au cours d'un minimum de quatre (4) séances distinctes, d'une durée maximale de vingt (20) minutes chacune, réparties sur une période de huit (8) heures, par patient	107,95	

ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. 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.
2. 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 sur un oscilloscope et entendu sur un haut-parleur connexe au système d'enregistrement et souvent enregistré sur papier sensible ou photographie.

3. 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.

4. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.

5. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice, ces potentiels étant mesurés sur document photographique.

Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également.

6. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un (1) ou deux (2) nerfs.

L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon.

7. Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manœuvre étant répétée pour une stimulation controlatérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude. Cette analyse doit être effectuée sur document photographique.

+00356	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de sept (7) muscles	42,50
+09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins vingt (20) paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	76,15
+09412	Électromyographie extensive, sept (7) muscles et plus .	62,40

		R = 1	R = 2
+00357	Étude de la conduction nerveuse	10,00	
+	chaque type, chaque nerf supplémentaire, supplément. NOTE : L'addition des suppléments au tarif de base, lors d'une même séance, détermine la procédure principale pour l'application de l'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques ».	10,00	
+00358	Mesure du seuil thermique (ST) enregistré à partir de deux sites ipsi ou contra-latéraux. Les seuils pour la perception du chaud et du froid sont établis à chacun de ces sites. Stimulation avec un thermode	21,75	
+00378	Mesure du seuil de vibration enregistré à partir d'un index et d'un gros orteil. Les seuils pour la perception de la vibration sont déterminés à chacun de ces sites. Stimulation avec un vibromètre mécanique	14,75	
+00386	Réponses cutanées sympathiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	9,40	
+00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une étude de documents photographiques, une analyse avant et après tétanisation ou exercice	56,55	
+00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal (en établissement seulement)	30,05	
+09409	Test au curare, régional, supplément (en établissement seulement)	32,65	
+00363	Réflexe H ou onde F - chacun	7,15	
	<u>AVIS :</u> Voir 4.2.6, onglet Rédaction de la demande de paiement, concernant les unités.		
+00366	Réflexes trigémino-faciaux	30,05	
+00355	E.M.G. quantitatif incluant documents photographiques et analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	57,70	
+00359	Étude électromyographique chez tout enfant de moins de douze (12) ans, supplément (en établissement seulement)	19,55	

GASTROENTÉROLOGIE

Aspiration

+00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	12,65	
+00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	19,45	
+00410	Extraction de fécalome volumineux	42,35	3
+00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	56,55	

	R = 1	R = 2
Endoscopie gastro-entérologique		
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois	
+00691	64,90	3
+00874		
	diagnostique	
	avec dilatation (sténose) et/ou extraction de corps étrangers et/ou excrèse d'un ou plusieurs polypes et/ou fulguration de lésions de la muqueuse, et injection de substances sclérosantes pour contrôle d'hémorragie, supplément	
+00862	45,15	1
	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément	
+09486	19,45	1
	avec coagulation de lésion hémorragique, une ou plusieurs, supplément.	
+00303	58,85	
	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une (1) ou plusieurs, supplément.	
+09373	117,75	1
	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, supplément.	
+00304	63,10	1
	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	
+00548	18,90	
	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	
+09374	56,55	2
	Cholédochoscopie trans-fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs.	
+00692	125,10	3
	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophagogastros-copie.	
+00346	168,70	4
	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	
+09337		
	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion trans-endoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique	
+00364	256,55	3
	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément.	
	90,15	1
	NOTE : La coloscopie inclut la recto-sigmoïdoscopie.	
	Coloscopie avec coloscope long (plus de soixante-dix (70) cm) :	
+00697	129,80	3
+00700	110,35	3
+00703	71,40	3
	Coloscopie avec coloscope court (soixante-dix (70) cm ou moins)	
+00863	42,90	
+00749		
	coloscopie avec coloscope court	
	Excrèse de polype (un (1) ou (2) deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	
+	51,95	
	chaque polype supplémentaire.	
+	12,90	
	maximum pour l'ensemble des polypes excisés	
	129,35	

AVIS : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
+00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	18,80	
+09488	Coagulation de lésion hémorragique au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	60,00	2
+00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse au cours d'une coloscopie, une (1) ou plusieurs, supplément.	108,75	2
+00122	Dilatation d'une sténose intestinale par endoscopie, avec un cathéter ballonnet, et/ou mise en place perendoscopique d'un tube de décompression colique et/ou extraction de corps étrangers, supplément	45,00	3
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de trente (30) cm ou moins)		
+00635	sans manipulation	18,40	3
+00636	avec biopsie unique ou multiple.	26,00	3
+00706	avec excrèse de polypes (un (1) ou (2) deux) incluant la biopsie.	62,45	3
+	chaque polype supplémentaire	10,40	
+	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés).	135,25	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case UNITÉS.		
	Oesophage		
+00620	dilatation de l'oesophage avec dilateurs guidés rigides, sur un fil d'acier ou une corde incluant fluoroscopie NOTE : Ce code ne peut être réclamé le même jour que le code 00691 ou qu'un de ses suppléments.	101,90	4
+00569	études de la motilité de l'oesophage	64,90	
	monitoring ambulatoire de vingt-quatre (24) heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur		
+00701	technique	12,90	
+00702	interprétation.	19,45	
+09338	pHmétrie oesophagienne de vingt-quatre (24) heures, surveillance et interprétation, non informatisée	90,45	
+00572	pH et motilité de l'oesophage (combiné)	77,30	
+09339	test à l'ergonovine, supplément à 00569 ou 00572.	29,40	
+09340	test au betanechol, supplément à 00569 ou 00572.	29,40	
+00571	pH oesophagien pour reflux	25,70	
+00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein).	19,25	
+00562	bougirage	27,30	3
+00563	cardio-myorrhexie	79,65	4
+00573	tamponnage oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore)	26,00	3
	supervision par jour	11,50	
+00574	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non informatisée	282,90	
+00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	61,25	
+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 trans-cutanée.	62,35	

	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées		
+00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	56,55	
+00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire . .	56,55	
+00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	135,70	
+00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	87,00	
+00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	113,10	
+09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive.	54,40	
+00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanide green)	61,25	
	Soins médicaux prodigués par un médecin dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient. Honoraire global incluant actes diagnostiques et/ou thérapeutiques y afférents		
+09377	premier jour (journée de la greffe)	380,70	
+09378	deuxième au cinquième jour (par jour)	271,95	
+09379	sixième au dixième jour (par jour)	108,75	
+09380	onzième au quinzième jour (par jour)	81,60	
+09381	premier au quinzième jour inclus (honoraire global) . . .	2 420,05	
----	Laparoscopie	(Voir onglet appareil digestif)	
+00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	17,55	
+00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	20,25	

GYNÉCOLOGIE

+00109	Amnioscopie	17,70	
+00401	Examen gynécologique sous anesthésie générale, sauf si effectué au cours de la même séance opératoire qu'un acte de chirurgie gynécologique	24,85	2
20025	Extraction de stérilet, acte compliqué (P.G. 2.4.7.7 A) . . .	C.S.	3
	<u>AVIS :</u> C.S. : Voir la règle 1.1.2 du préambule général.		
+00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	92,35	3
+00466	Hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire.	27,15	
	NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé		
+00490	Insémination artificielle	18,90	
+00205	Insertion de stérilet incluant l'examen ou la consultation effectué antérieurement ou concurremment à cet égard (P.G. 2.4.7.7 A)	51,30	

**HYPERALIMENTATION, INJECTION,
INSUFFLATION, PONCTION****Hyperalimentation**

+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)	141,20	
+09331	installation de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac.	133,85	4
+00845	révision de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac.	73,35	4
+09332	exérèse de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac.	59,80	3

Injection

injection intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale ou autre d'agent chimiothérapeutique incluant, s'il y a lieu, évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique

+00583	première injection	39,45	
+00603	chaque injection subséquente à la même séance	22,00	
+00734	intraveineuse (injection d'une (1) ou plusieurs substances antinéoplasiques)	25,80	
	injection de médicament dans		
	articulation temporo-mandibulaire		
+00201	médication intra-articulaire incluant la substance.	12,65	
+00228	médication sclérosante incluant la substance.	58,65	
+00431	bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum trois (3))	15,20	

AVIS : Utiliser une ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case UNITES.

+00430	capsules, gaines, tendons, ligaments ou fascia	15,30	
+00429	cornets du nez	16,45	3
+00432	trachée et bronches (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) par intubation trachéo-bronchique	38,45	
+09487	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	28,25	3
+00485	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie ou de la spasticité d'origine neurologique excluant le spasme hémifacial et le blépharospasme.	150,10	3
+00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial	84,90	
+00826	injection de toxine botulinique intralaryngée.	67,90	4
+00473	injection intra-artérielle thérapeutique (vasodilatateur)	19,60	
+00474	injection intradermique, sous-cutanée et intramusculaire pour fins de prévention et de traitement, inoculation, vaccination, etc., en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	2,10	
+00477	injection intraveineuse, enfant jusqu'à quatre (4) ans, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	5,05	

		R = 1	R = 2
+00478	injection intraveineuse, enfant de quatre (4) ans ou plus, adulte, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	3,55	
+00479	injection intraveineuse : cuir chevelu, en cabinet ou à domicile	11,85	
+00480	injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol, la rémunération est doublée (MOD 052)	19,40	3
	injection de substance de contraste incluant les tests de sensibilité à la substance injectée		
+00816	cavernographie	13,45	
----	dacryocystographie	(Voir ophtalmologie)	
+00443	hystéro-salpingographie	39,10	3
+00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	25,30	
+09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	24,00	
+00452	sinusographie (neurologie, neuro-chirurgie)	122,80	
+00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	48,05	3
+00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	110,45	7
+00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	63,40	7
	injection de substance sclérosante (seul le médecin peut injecter la substance sclérosante) dans veine hémorroïdaire (une (1) ou plusieurs injections)	12,40	
	dans veine variqueuse des membres inférieurs, en établissement		
+00527	injection pour sclérose de la crosse de la saphène interne	28,30	
+00528	saphène externe	20,00	
+00529	autres injections : une (1) ou deux (2), total	7,70	
+----	injection au-delà de la deuxième (<i>maximum douze (12)</i>)	2,05	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case UNITÉS.		
	NOTE : les télangiectasies, les pinceaux artério-veineux et les varicosités ne sont pas considérés comme des veines variqueuses.		
----	Injection rétrobulbaire thérapeutique	(Voir ophtalmologie)	
----	Injection sous-conjonctivale	(Voir ophtalmologie)	
	Insufflation gazeuse		
+00497	pneumomédiastin	19,45	
+00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	11,85	
+00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	29,85	
+00505	pneumothorax thérapeutique amorce	19,20	
+00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation	12,85	
	pneumothorax, traitement		
+00615	ponction évacuatrice	29,65	
+00616	aiguille et drainage continu	59,15	

		R = 1	R = 2
Perfusion régionale			
+00295	mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier		
	type infusaid ou Port-a-Cath	162,25	4
+00296	exérèse de l'appareillage de perfusion continue	73,95	3
Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)			
À la demande d'un coroner, chez le patient décédé			
+20026	prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical, le cas échéant, toutes techniques	28,80	
+20027	prélèvement de sang dans la veine cave, unique ou multiple, tout site de ponction	46,20	
<u>AVIS :</u> Lorsque l'identification de la personne décédée ne peut être effectuée (pas de carte d'assurance maladie) ou que celle-ci est non admissible au régime, inscrire la lettre « D » dans la case C.S.			
<i>De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section Identité de la personne assurée les coordonnées suivantes :</i>			
<i>- Nom de famille : DO</i>			
<i>- Prénom : Jean ou Jeanne</i>			
<i>- Date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; l'année, le mois de janvier et le premier jour du mois, soit AA0101</i>			
<i>- Sexe : M ou F</i>			
+00582	abdominale pour fin diagnostique ou évacuation d'ascite	12,85	3
+00683	artérielle pour prélèvement sanguin (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	13,25	
+00684	artérielle et mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	26,70	
NOTE : l'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut les ponctions de sang artériel dans le cathéter.			
+00254	drainage de la bourse séreuse ou articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (P.G. 2.4.7.7 B)	17,40	2
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).			
+09402	recherche de cristaux	13,15	
+00588	cisternale	30,45	
	drainage thérapeutique incluant prélèvement diagnostique		
+00590	premier	28,60	2
+00589	subséquent	13,95	
+00592	ganglion, un (1) ou plusieurs	15,80	
+00594	kyste mammaire	20,85	
+00584	kyste thyroïdien	43,35	2
+00596	lominaire avec ou sans épreuve manométrique (P.G. 2.9)	56,55	3

		R = 1	R = 2
+00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	158,60	
+00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise	46,15	
+00598	périnéale et insufflation gazeuse	31,35	
+09418	pleurale	39,65	3
+00591	réinfusion d'ascite i.v.	31,10	
+00604	saignée	13,55	
+00605	splénique (aspiration et manométrie)	61,00	3
---	transsclérale	(Voir ophtalmologie)	
+00751	veine fémorale ou jugulaire (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	20,05	
+00608	veineuse : patient de moins de quatre (4) ans	5,40	
+00609	veineuse : patient de quatre (4) ans ou plus, au cabinet seulement	3,55	
+00610	veineuse : cuir chevelu	12,85	
+00611	vessie (P.G. 2.9)	14,55	
+00875	ponction et lavage péritonéal par insertion d'un cathéter	38,00	

LABORATOIRE

Analyse de laboratoire en cabinet ou à domicile :

+00111	Analyse d'urine avec microscopie	2,45	
+00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interpré- tation	9,75	
+00113	Glycémie (par méthode biochimique quantitative incluant le prélèvement)	3,05	
+00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophoto- métrie)	1,85	

Épreuves de fonction respiratoire

Rôle = 7

La tarification du rôle 7 a trait aux honoraires se rapportant à la composante professionnelle du médecin qui permet d'établir la valeur de la participation professionnelle à l'épreuve, ce qui comporte la vérification des techniques et des résultats, aussi bien que la participation directe à certaines épreuves plus complexes.

Ces honoraires comprennent l'interprétation.

OU

Rôle = 8

La tarification du rôle 8 a trait aux épreuves dont le médecin donne l'interprétation.

L'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques » ne s'applique pas aux épreuves de fonction respiratoire.

AVIS : *Le modificateur 050 ne s'applique pas aux actes d'épreuves de fonction respiratoire.*

Débits

Débits expiratoires forcés

NOTE : les débits expiratoires forcés incluent, le cas échéant, la courbe débit-volume. Pour donner droit au paiement tous ces tests doivent être effectués à l'aide d'un vitalographe et leur interprétation doit être consignée au dossier.

volume expiratoire maximal seconde, capacité vitale forcée, débit maximal médian 25-75

+00384	avant bronchodilatateur, en cabinet seulement.	7,90	4,95
+00382	après bronchodilatateur, en cabinet seulement.	8,55	4,80

ÉPREUVES, ÉTUDES ET TESTS (prélèvement, surveillance et interprétation)

+00119	Acidification urinaire, en établissement	17,70
+00128	Détermination de la filtration glomérulaire par « clearance » à l'insuline (incluant technique et interprétation), en établissement	58,85
	Épreuve à (au)	
+00805	amyltal carotidien, unilatérale	66,35
+00806	angiotensine	13,00
+00369	bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	22,80
+00842	bromocryptine	10,55
+09325	clonidine	40,70
+00704	dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	77,85
+00843	ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	69,25
+00395	fluorescéine (intestins)	22,80
+00808	héparine (PHLA)	24,00
+00660	histamine	14,95
+00397	insuline (Hollander)	19,25
+00762	morphine et prostigmine	18,50
+00396	sécétine (intestins)	24,75
+00394	tensilon (incluant l'injection)	18,40
	Épreuve de	
+09320	concentration urinaire incluant les examens, les consultations, la surveillance et l'interprétation	56,30
	dilution urinaire incluant les examens, les consultations, la surveillance et l'interprétation	
+09321	sans mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	53,15
+09322	avec mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	103,35
+09323	dépistage clinique de phéochromocytome comprenant les examens, les consultations, la surveillance médicale, l'interprétation des résultats et l'injection lorsque nécessaire des substances pharmacologiques (ex. phentolamine, glucagon, métoclopramide, etc.)	53,15
+00415	traction cervicale graduée sous surveillance médicale incluant les examens au cours de l'épreuve	84,90
+00368	exercice ischémique	1,10
+00423	Huhner	16,95
	Kveim (sarcoïdose)	
+00687	sans biopsie	2,30
+00688	avec biopsie	16,75
+09319	Miller et Zurzov	12,00
+00810	Pak	13,50
+00393	provocation biliaire à la cholécystokinine	5,45
+00661	réabsorption phosphatique	14,75
+00398	stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	21,75

		R =1	R = 2
+00761	tolérance au glucose par voie orale (O.G.T.T.) ou intraveineuse	11,75	
+00807	épreuve cétogène, épreuves au glucagon et hypoglycémie cétogène comprises	21,75	
+09326	épreuve dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	221,80	3
	Étude du		
+00666	taux de sécrétion d'aldostérone	11,10	
+00667	taux de sécrétion de COF.	10,55	
+09372	Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode	32,40	
	Test		
+09417	à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	16,95	
+09324	au captopril pour la recherche de l'hypertension reno-vasculaire, comprenant les examens, les consultations, la surveillance médicale et l'interprétation	32,40	
+09354	d'infusion de sulfate de sodium, incluant les examens et les consultations	48,95	
+00711	de stimulation endorphinique incluant les examens, les consultations et la surveillance.	124,95	
+00831	de stimulation à l'EDTA	20,30	
+00348	respiratoire à hydrogène.	17,85	
	Épreuves, études et tests endocrinologiques effectués par un médecin, autres que ceux déjà énumérés		
+09371	Épreuve dynamique avec mesures hormonales	39,75	
+00121	Mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les examens et les consultations des premières quarante-huit (48) heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	124,90	3
	Examen		
+00402	microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal	6,55	
	Note : ne peut être réclamé en même temps que le code 00404		
+00403	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc. incluant l'examen microscopique à l'état frais et après coloration et la culture, par site (cabinet seulement)	12,45	
+00404	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'un ou l'autre de l'examen microscopique à l'état frais et après coloration ou la culture, par site (cabinet seulement)	6,25	

NÉPHROLOGIE

Dialyse

	Dialyses péritonéales		
	Techniques chirurgicales		
+ 00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	37,60	3
+ 00311	installation ou exérèse de cathéter type Tenckhoff ou d'Oreopoulos.	132,30	3

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

	Visites pour le traitement pour dialyse péritonéale, incluant tous les soins, par patient		
+ 00283	pour les premières quarante-huit (48) heures.	341,40	
+ 00284	après quarante-huit (48) heures, par jour	33,55	

NOTE : les honoraires pour les premières quarante-huit (48) heures ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par dialyse péritonéale

	Visites pour le contrôle du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient, comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant et après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie et revue de l'évolution du patient en plus de l'examen lors d'une visite périodique		
+ 00285	patient de plus de seize (16) ans	179,95	
+ 00286	patient de seize (16) ans ou moins	359,70	

	Visites pour le traitement par hémodialyse, incluant tous les soins, par patient		
+ 00287	première.	341,40	
	subséquente		
+ 00288	patient de plus de seize (16) ans.	36,35	
+ 00289	patient de seize (16) ans ou moins	70,70	

NOTE : les honoraires pour la première hémodialyse ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.

+ 00290	Visites pour le contrôle du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant et après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie et revue de l'évolution du patient en plus de l'examen lors d'une visite périodique, par patient	163,15	
---------	---	--------	--

		R = 1	R = 2
+00147	Visites pour le contrôle du traitement par hémodialyse en centre satellite comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant ou après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie, la surveillance hebdomadaire d'une dialyse et le contrôle à distance des traitements, par mois, par patient	271,95	
	Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf le premier examen et l'insertion du cathéter.		
+09382	trois (3) premiers jours, par patient, par jour	127,60	
+09383	après trois (3) jours, par patient, par jour	51,95	
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation		
+09426	premier jour	179,95	
+09427	deuxième jour	81,60	
+09428	troisième jour	81,60	
+09429	par jour subséquent	38,05	
<u>AVIS :</u> Indiquer la date d'entrée en établissement.			
+00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur	84,90	
+00699	Thérapie immunosuppressive pour transplantation rénale, traitement complet pré et postopératoire	529,85	
+00419	Installation de canules artérielles et veineuses.	219,20	4
	Révision ou réinstallation de canules		
+00426	canule artérielle ou veineuse	75,35	4
+00427	canule artérielle et veineuse.	100,70	4
+00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extra-rénale, par voie transcutanée, tout site	39,00	3
+00428	Déblocage de canule artérielle ou veineuse par une sonde (thrombectomie) lorsque le déblocage de canule est suivi d'un remplacement de canule, l'honoraire prévu pour le déblocage est inclus dans celui du remplacement.	75,35	3
+09330	Exérèse de canules artérielle et veineuse.	94,50	3
+00618	Mesure de Tm (glucose, phosphates, bicarbonates service professionnel (incluant surveillance, interprétation et rapport écrit)	60,00	

NEUROCHIRURGIE

	Drainage		
+00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) P.A.R. 3.02.	166,25	
+00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	176,15	5
+00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	269,80	11

		R =1	R = 2
+00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	190,70	5
	Ponction sous-durale		
+00664	unilatérale.	46,70	
+00665	bilatérale	67,45	
+00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant.	25,25	5
	(ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)		
+00668	Trépanation simple	116,80	7

OPHTALMOLOGIE

Oeil

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

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 une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgés de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les prestataires du programme d'assistance emploi. Voir l'article 22 u) du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.*

	Bétathérapie		
+00531	(premier traitement) unilatérale	22,80	
+00532	(traitements subséquents) unilatérale	13,55	
	Champ visuel		
+00533	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)	16,45	
+00534	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques	25,90	
	Périmétrie statique		
+00538	courbe statique uni ou bilatérale, plusieurs méridiens enregistrés sur documents permanents (excluant la technique de dépistage d'Armaly-Drance dite des soixante-douze (72) points).	44,40	
	NOTE : si la périmétrie statique et le champ visuel sont effectués chez le même patient, le médecin a alors droit à la rémunération d'un seul de ces actes.		

		R =1	R = 2
+00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	33,75	
+00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	33,75	
+00509	Potentiels évoqués visuels	38,80	
+00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intra-veineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétino-photographie	35,50	
+00539	Étude de la vision des couleurs (technique extensive, v.g. Farnsworth - Munsell)	26,95	
+00541	Examen complémentaire d'un demi-voyant (cet examen doit inclure les enregistrements de l'acuité visuelle à l'aide de boîtes d'aides visuelles du type microscopique et télémicroscopique)	43,55	
+00655	Examen au phosphore radioactif approche antérieure	37,30	
+00659	approche postérieure	146,60	
+00556	Biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent) .	21,90	
+00543	Gonioscopie	11,75	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.		
+00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation .	12,25	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.		
+00544	Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale	69,00	3
+00546	Ophthalmodynamométrie (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)	22,45	
+09424	Bilan orthoptique avec enregistrement des mesures sur document permanent, excluant les traitements	16,50	
	NOTE : la recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et P.P.C. sont inclus dans le tarif de l'examen.		
+00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	24,90	
+00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	25,60	
+00553	Rétinophotographie	16,75	
+00577	Microscopie spéculaire étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	10,90	

		R =1	R = 2
+00555	Étude du fond de l'oeil avec dessin détaillé et enregistrement sur document permanent 8 1/2" x 11" (v.g. schéma de Shepens format 8 1/2" x 11")	36,20	
+00819	Courbe de tension oculaire, incluant les examens et tonométries répétés (minimum quatre (4))	29,60	
+00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (quarante-cinq (45) à soixante (60) minutes)	13,15	
+00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	18,95	
+09336	Tests aux collyres		
+	instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	9,15	
+00860	Funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées sous anesthésie générale, chez le patient de seize (16) ans ou moins, non suivies d'un acte chirurgical le même jour	67,90	4
+00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale	31,10	3
+00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale	28,55	3
+09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, une ou plusieurs	68,55	3
	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.		
+00174	conjonctive	16,45	3
+00206	orbite	75,40	3
+00214	paupières ou sourcils	27,25	3
	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)		
+00436	dacryocystographie, unilatérale	20,40	3
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)		
+00607	ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	34,45	

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

+00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	15,95	3
+00825	Crico-thyroïdectomie d'urgence	48,95	
+00791	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou des amygdales	12,70	3
	Phoniatry		
+09341	Sonographie	33,00	
+09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	30,45	
+09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	36,25	

AVIS : *Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de demi-heure et l'heure de début et de fin de la session dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; pour la facturation de la rééducation de groupe, voir la section 4.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement*

	Rhinomanométrie		
+00783	interprétation	6,45	
+00638	technique et interprétation	27,05	
+00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie	56,15	3
+00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie directe (flexible) avec ou sans biopsie	50,80	3
	Sinus		
+00640	frontal, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	31,80	3
+00633	frontal, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	20,10	3
+00641	maxillaire, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	24,00	3
+00642	maxillaire, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	15,60	3
+09406	endoscopie naso-sinusienne unilatérale (un (1) ou plusieurs sinus)	60,00	2

PNEUMOLOGIE**Bronchoscopie incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie et la biopsie**

	Bronchoscopie		
+09362	chez un patient intubé (P.G. 2.9)	51,95	4
+09363	chez un patient non intubé (P.G. 2.9)	124,60	3
+09364	avec extraction de corps étranger, supplément (P.G. 2.9)	15,60	
+09365	avec exérèse de tumeur, supplément (P.G. 2.9)	14,75	
+00724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	163,15	1
+09366	avec bronchographie, supplément	53,25	1
+09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	69,60	1

		R =1	R = 2
+09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément.	69,60	1
+09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément.	56,30	1
+09484	avec fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément.	69,60	3
+00140	Contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément.	57,70	1
	Photocoagulation au laser par voie endobronchique, incluant les examens, les consultations et la surveillance rendus au cours de la même journée et les services d'un autre médecin à titre d'assistant ou de collaborateur		
+09351	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques.	176,65	10
+09352	Cure de sténose trachéale inflammatoire.	326,30	11
+09353	Réséction palliative d'une tumeur maligne sténosante.	405,75	11
+00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire, incluant la bronchoscopie.	271,95	5
+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.	282,90	6
+00799	Trachéoscopie, sans autre scopie des voies respiratoires (larynx, trachée, bronches) (P.G. 2.9)	67,20	3
+00800	Dilatation trachéale incluant la bronchoscopie ou la laryngoscopie ou les deux P.G. 2.9)	159,50	5
+00801	Ré-expansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant la bronchoscopie, l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et postopératoire et l'anesthésie locale, si employée.	154,25	5
	Laryngoscopie avec ou sans biopsie		
	avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale		
+00519	directe (rigide) (P.G. 2.9)	89,55	3
+00511	à suspension (P.G. 2.9)	107,75	4
+00512	au microscope (P.G. 2.9)	130,70	4
+00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (P.G. 2.9) ..	127,25	4
+00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie.	129,45	4
	Thoracoscopie		
+00644	exploratrice.	69,55	3
+00645	exploratrice avec biopsie.	91,35	3
+00646	avec section d'adhérences.	106,60	3
+00412	Traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé.	73,95	2
+00413	Traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé.	72,70	2

RADIOLOGIE**PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES FAITS SOUS CONTRÔLE FLUOROSCOPIQUE, ÉCHOGRAPHIQUE OU RADIOGRAPHIQUE****Angioplastie transluminale percutanée non coronarienne**

Angioplastie transluminale percutanée d'une ou plusieurs sténoses et/ou obstruction(s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance

+09494	par ballonnet	326,30	9
+09495	par athérectomie	326,30	9
+09496	par ballonnet et athérectomie	435,05	9
+09433	Utilisation du laser intra-vasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale per-cutanée, supplément	108,75	

L'angioplastie transluminale percutanée par cathéter comprend l'évaluation pré-opératoire du patient quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du patient pendant l'intervention, la dilatation ou recanalisation en soi (artère, veine, greffon ou autres), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.

Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)

+09436	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre) premier vaisseau nourricier cathétérisé	278,45	14
+09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	139,20	
+09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	141,40	

Crânienne et spinale

+09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	475,10	14
+09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	222,95	
+09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	282,80	

L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour.

Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.

On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.

Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs

Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du patient la mention de la technique mise en oeuvre.

Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.

+09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau	49,15	
+09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quelque soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance).	89,20	
+09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant angiographie de positionnement et mise en place d'une perfusion médicamenteuse.	294,20	14

Perfusion artérielle médicamenteuse

+09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire (ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres) maximum deux fois par 24 heures.	46,20	
--------	---	-------	--

NOTE : ne peut être chargé la journée de la mise en place du cathéter

Embolectomie

+09446	Embolectomie par cathéter trans-cutané	282,80	7
--------	--	--------	---

Extraction de corps étrangers

+09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intra-vasculaire (artériel ou veineux)	282,80	7
--------	--	--------	---

		R =1	R = 2
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endo-veineux		
+09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endo-veineux par cathétérisme trans-cutané, incluant les examens et les consultations	209,85	7
	INTERVENTIONS PER-CUTANÉES NON VASCULAIRES		
	Interventions hépato-biliaires		
+00435	Cholangiographie trans-hépatique/trans-vésiculaire percutanée	62,35	3
	Drainage percutané de voies biliaires		
+09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	135,95	3
+09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant la surveillance quotidienne, les examens, les consultations et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, si accomplie	191,85	3
+09451	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	115,40	
+09452	mise en place d'un support endo-biliaire (endoprothèse biliaire).	174,05	
+09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	95,95	
+09454	Remplacement de cathéter.	42,40	3
+09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	125,10	3
+00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	298,50	3
	Interventions digestives		
+09456	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie.	168,70	4
+09457	Entérostomie percutanée (coecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie	141,40	3
	Interventions urologiques ou endo-urologiques		
+09458	Néphrostomie percutanée, incluant les examens, les consultations et l'injection de colorant	105,50	3
	Interventions neuro-squelettiques		
	Blocs facettaires (Voir blocages nerveux)		
	Discographie		
+00438	1 niveau	94,30	3
+00459	2 niveaux ou plus	105,50	3

		R = 1	R = 2
+09460	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément 1 niveau	35,40	
+	par niveau additionnel	23,65	
	AVIS : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.		
+00894	Myélographie	55,10	4
	Discoïdectomie percutanée		
+09461	premier niveau	271,95	6
+09462	2 niveaux ou plus	326,30	6
+09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux), incluant contrôle échoscopique	108,75	
+00895	Pneumo-encéphalographie	67,40	5
+00896	Pneumo-myélographie	70,35	5
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scannographique		
+09464	thoracique	62,15	3
+09465	abdominale	51,95	3
+09466	voies biliaires	129,80	3
+00229	rate	42,45	3
+00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	125,70	4
+09467	ovaire	108,75	3
+09468	estomac	54,40	3
+09469	intestin	54,40	3
	Mammaire		
+09470	localisation ou biopsie d'une masse mammaire palpable ou les deux	49,00	
+00551	Biopsie d'une masse mammaire non palpable avec appareil dédié (plaque de compression quadrillée ou stéréotaxie), incluant la mammographie effectuée le même jour, le cas échéant.	122,45	
	NOTE : le cas échéant, le tarif de la stéréotaxie s'ajoute.		
+00561	Localisation d'une masse mammaire non palpable avec appareil dédié (plaque de compression quadrillée ou stéréotaxie), incluant la mammographie postlocalisation et la biopsie, le cas échéant	122,65	
	NOTE : le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et de la stéréotaxie s'ajoutent.		
	Osseuse		
+00212	os	122,45	4
+00247	vertèbre	110,90	3

		R =1	R = 2
Ponction et/ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scannographique			
	Kyste ou abcès profond		
+00124	membre	87,90	3
+00324	colonne ou paravertébral.	129,80	4
	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané trans-pariétal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse		
+09472	thoracique	155,75	4
+00508	médiastinale	86,50	4
+09473	abdominale	180,40	4
+09474	Pseudokyste pancréatique par voie trans-gastrique	113,15	
INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE			
+00458	Arthrographie	21,75	2
+09475	Arthrographie d'une prothèse articulaire	32,65	2
	Bronchographie incluant l'anesthésie locale et l'intubation trachéo-bronchique		
+00892	unilatérale	37,95	4
+00893	bilatérale	53,40	4
	Cavernosographie		
+09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant ponction directe, opacification et prise de clichés, étude débimétrique avec ou sans injection de papaverine intra-caverneuse).	97,90	
+00483	Cystographie/urétrographie, néphrostographie, examen de vessie iléale	20,10	2
+09477	Injection intraveineuse ou intra-musculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	6,25	
+00441	Fistulographie	13,55	
+00442	Galactographie	22,80	
+00465	Herniographie	20,65	
+00444	Kyste mammaire, aspiration	19,55	
+00445	Kyste rénal, ponction-aspiration et injections subséquentes	75,55	2
+00481	Laryngographie/pharyngogramme (incluant l'anesthésie locale et la laryngoscopie indirecte)	44,10	
+00462	Lymphographie, incluant dissection	42,40	3
+09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	94,60	
+00155	Opacification des sinus paranasaux	6,90	
+09479	Phlébographie par ponction osseuse	94,60	
+00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	19,45	
+00451	Sialographie	36,35	
+00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	88,25	3

RADIO-ONCOLOGIE

L'article 1.3 du préambule particulier (actes diagnostiques et thérapeutiques) ne s'applique pas à la radio-oncologie et à la curiethérapie.

AVIS : *Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement.*

+08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	16,30	
+08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	61,55	
+08507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	16,30	
+08508	45 minutes ou plus, supplément	48,95	
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.		
+08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomomodensitométrie, lésions non cutanées	82,65	
+08509	plus de 45 minutes, supplément	22,80	
+08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	163,15	
+08555	Irradiation héli-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	135,95	
+08513	Traitement par isotopes métabolisés	33,75	3
+08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	33,75	3
+08515	Application de radio-isotope par plaque	26,70	3
+08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	577,55	
+08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	462,25	
+08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	23,15	
+08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	13,05	
+08520	Etude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	23,15	
+08566	Implantation d'un ou de plusieurs marqueurs permanents en vue de repérage d'un organe ou d'une tumeur	38,05	3
+08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	115,30	5
+08552	Radiothérapie de contact intra-cavitaire (vagin)	115,30	4

CURIETHÉRAPIE

+08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	34,80	
+08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodesitométrie	52,20	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
+08524	bronches	57,65	5
+08527	col utérin (maximum 2 applications/patient pour la curiethérapie à bas débit)	69,60	4
+08528	corps utérin	57,65	4
+08541	vagin (cavité vaginale)	57,65	4
+08544	voies biliaires	57,65	3
+08556	oesophage	57,65	4
+08557	cavité buccale (moulage)	38,05	4
+08558	nasopharynx	57,65	4
+08559	rectum	57,65	4
+08560	anus	57,65	4
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
+08523	anus	115,30	4
+08525	cavité buccale excluant la langue	115,30	6
+08526	cerveau	115,30	5
+08529	ganglions	191,85	4
+08530	hypopharynx	174,05	5
+08531	langue, portion mobile	115,30	5
+08532	lèvres	87,00	3
+08533	médiastin	174,05	5
+08534	oropharynx, incluant la base de la langue	174,05	5
+08535	peau	68,75	4
+08536	pénis	115,30	3
+08537	rectum	174,05	4
+08538	sein	57,65	4
+08539	tissus conjonctifs après résection	115,30	3
+08540	tissus conjonctifs sans résection	230,60	3
+08542	vagin (paroi vaginale)	115,30	3
+08543	vessie	115,30	3
+08561	prostate	174,05	4
	Curiothérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement		
+08562	implant interstitiel	63,55	
+08563	implant endocavitaire	38,05	
	Insertion de substance radioactive		
+08545	temporaire	43,50	3
+08546	permanente	174,05	3
+08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	28,80	
+08548	Retrait du matériel radioactif	32,65	
+08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	76,15	4
+08550	Retrait du matériel d'implantation	43,50	

SOINS INTENSIFS (réf.: Préambule général, règle 2.11)

+20018	Induction de l'hypothermie thérapeutique	239,85	
+20019	Installation pour ventilation en position ventrale.	239,85	
+20020	Mesure de la tension intra-abdominale	24,00	

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6)*

UROLOGIE

+00154	Aspiration de la vessie par trocart avec mise en place d'un tube sus-pubien	61,55	3
+00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile en dehors d'un acte diagnostique, thérapeutique ou chirurgical, autre qu'une scopie urinaire ou un drainage sus-pubien	26,95	3
+00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux	77,85	
+00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique ou interprétation ou les deux	38,95	3

Cystoscopies (incluant l'urétroscopie et la dilatation urétrale et l'injection de colorant)

NOTE : la cystoscopie peropératoire n'est pas payable si le patient a subi une cystoscopie préalable au cours des trente (30) jours précédents.

+00320	cystoscopie diagnostique ou urétroscopie ou les deux (y compris la recherche de trajet fistuleux)	51,95	3
+00315	avec ablation d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre ou de la vessie	97,35	2
+00316	avec électrocoagulation ou biopsie ou excision ou les deux de lésions vésicales et/ou urétrales	67,50	2
+00317	avec méatotomie urétrale, pour sténose	81,60	2
+00318	avec résection d'un urétérocèle	81,60	2
+00319	avec cathétérisme des urètres, unilatéral ou bilatéral : diagnostique	58,40	3
+00314	avec extraction ou tentative d'extraction d'un calcul urétéral par panier	117,50	2
+00709	installation par cystoscopie d'un cathéter urétéral double J, incluant la dilatation urétrale, le cas échéant	129,80	2
+09407	Cystoscopie et refoulement rétrograde ou tentative (toute manoeuvre) de refoulement pyélique d'un calcul urétéral lombaire, incluant les sondes de drainage	128,70	2
	Dilatation de la loge prostatique, par ballon hyperbare, incluant la cysto-urétroscopie sous anesthésie générale		
+00361	première intervention	119,90	3
+00362	intervention subséquente	81,60	3

		R =1	R = 2
+00726	Dilatation de la vessie par cystoscope ou cathéter pour cystite interstitielle sous anesthésie générale (cystoscopie incluse)	51,95	3
+00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie générale	11,75	3
+00731	Première dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme . .	23,35	3
+00732	Dilatation ultérieure d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme . .	16,60	2
+00708	Dilatation d'une sténose ou d'un rétrécissement urétéral (à tout niveau) ou urétéro-pyélique toute technique incluant les tubes de drainage dont le double J et l'urétéroscopie mais excluant la néphrostomie.	127,55	2
+00411	Extraction par les moyens simples d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre antérieur	44,20	2
+00321	Épreuves des différences quantitatives et chimiques de la fonction rénale	60,10	2
+09357	Mesure des pressions intrapyéliqués ou urétéro-vésicale ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	54,40	3
+09358	Mesure des pressions intrapyéliqués ou urétéro-vésicale ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	25,90	3
+09310	Néphroscopie percutanée avec ou sans néphrostomie, incluant biopsie et urétéroscopie descendante s'il y a lieu	163,15	2
+00857	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, comprenant la prise de pression intra-abdominale le cas échéant, la surveillance immédiate de l'acte, l'enregistrement graphique, l'interprétation et le compte rendu de même que les épreuves pharmacologiques.	39,20	2
+00858	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, avec ou sans la prise de pression intra-abdominale, interprétation et compte rendu	15,60	2
+00793	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez le patient de moins de seize (16) ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G., technique ou interprétation ou les deux.	33,95	
00721	Réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sous anesthésie générale ou régionale	C.S.	3
	<u>AVIS :</u> Voir règle 1.1.2, préambule général.		
+09311	Urétéroscopie par voie ouverte ou fermée, incluant biopsie ou néphroscopie ascendante ou les deux s'il y a lieu	119,90	2
+00651	Urétéroscopie		
+00652	avec exérèse de calcul ou de corps étranger de l'urètre	87,20	2
+00653	urétéroscopie ou cysto-urétéroscopie avec urétrotomie interne non associée à une RTU	58,85	2
	urétéroscopie avec électrocoagulation ou exérèse de polypes de l'urètre postérieur.	62,30	2

DIVERS

+00777	Mise en place d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence en établissement	41,50
----	Cautérisation pour point lacrymal	(Voir appareil visuel)

Diabétothérapie

+09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les examens, les consultations et la surveillance	155,30
--------	--	--------

+09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de quatre (4) patients diabétiques, pour une période service continu de 60 minutes ou plus . . .	83,45
--------	--	-------

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 : *Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes traitées le même jour (voir 4.2.4.2 Rédaction de la demande de paiement)*

Inscrire l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une (1) fois par patient par année)	31,75
--------	--	-------

+00335	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables traitement initial par patient.	53,50
--------	---	-------

+09315	vérification du traitement, par période de trois (3) mois, par patient.	45,70
--------	---	-------

+00345	installation initiale de la pompe et du cathéter.	122,45
	Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.	

+09316	perfusion continue d'insuline, par jour, incluant la surveillance, les examens et les consultations maximum de cinq (5) jours par patient, par hospitalisation (P.A.R. 3.02)	39,10
--------	--	-------

AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement.*

----	Électrolyse des cils	(voir appareil visuel)
------	--------------------------------	------------------------

+00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée (dans certains établissements seulement)	37,00
--------	--	-------

NOTE : voir *Lettre d'entente n° 7*

		R = 1	R = 2
+00679	Exercices thérapeutiques collectifs pré et postnataux incluant, s'il y a lieu, l'examen ou la consultation	6,90	
+	(maximum par session de 78,60 \$ au 1 ^{er} avril 2011 et de 82,80 \$ au 1 ^{er} janvier 2012)		
+	NOTE : La prestation maximum payée pour une même patiente est limitée à 32,75 \$ au 1 ^{er} avril 2011 et à 34,50 \$ au 1 ^{er} janvier 2012 pour les sessions prénatales et à 19,65 \$ au 1 ^{er} avril 2011 et à 20,70 \$ au 1 ^{er} janvier 2012 pour les sessions postnatales.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes traitées le même jour. (voir 4.2.4.2 Rédaction de la demande de paiement).</i>		
00407	Extraction de bague, acte compliqué	C.S.	3
	<u>AVIS :</u> <i>Voir règle 1.1.2, préambule général.</i>		
+00159	Grattage, pelage, taillage de callosités (en cabinet, au bénéfice d'un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus)	8,30	
+00521	Manipulation d'une (1) ou de plusieurs articulations . . .	6,25	
+00523	Manipulations vertébrales	6,25	
+09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une (1) ou plusieurs	29,40	
+00628	Mise en place d'un pantalon antichoc incluant le contrôle et, le cas échéant, l'enlèvement	38,50	
+00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique	114,20	
	Oxymétrie transcutanée uni ou multi sites, 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, en établissement		
+20028	interprétation	42,00	
+00578	Pansement de vingt (20) cm ² ou plus, en cabinet	10,25	
	Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance		
	étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs		
+09385	interprétation	11,35	
+09386	technique et interprétation	38,95	
	Oculopléthysmographie (deux (2) yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :		
+09387	interprétation	10,90	
+09388	technique et interprétation	32,65	
	Photopléthysmographie		
	Étude des flots avec enregistrement graphique		
	flots supraorbitaires		
+09389	interprétation	10,90	
+09390	technique et interprétation	23,60	
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts		
+09391	interprétation	12,05	

		R = 1	R = 2
09392	technique et interprétation	22,60	
	mesure du reflux veineux bilatéral		
09393	interprétation	10,90	
09394	technique et interprétation	23,60	
	Pneumopléthysmographie segmentaire		
	Enregistrement du volume du pouls à au moins quatre (4) niveaux des deux (2) membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins six (6) niveaux des deux (2) membres inférieurs et interprétation du tracé		
	au repos		
09395	interprétation	11,35	
09396	technique et interprétation	38,95	
	à l'effort		
09397	technique et interprétation	38,95	
	Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts		
	mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre		
09398	interprétation	12,05	
09399	technique et interprétation	51,95	
	Capillaroscopie péri-unguéale, par séance		
00353	technique et interprétation	32,65	
	Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques		
00137	interprétation	11,35	
00138	technique et interprétation	43,50	
00450	Préparation d'un donneur en mort cérébrale, en vue d'un don d'organe(s), incluant les examens et les procédures diagnostiques et thérapeutiques (P.G. 2.4.7.3 C)	389,45	
	NOTE : Cet acte n'est payable qu'à un seul médecin		
	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la consultation ou l'examen préalable et la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)		
	(le patient et le médecin sont dans la chambre)		
00837	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	261,05	
09346	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	76,15	
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	49,95	
09347	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	10,90	
	Surveillance		
	(le patient est dans la chambre et le médecin est à l'extérieur)		
00839	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	153,40	
09348	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	44,75	
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	25,55	
09349	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	6,35	

20084	Supplément lorsque le traitement en chambre hyperbare exige un déplacement d'urgence pour rendre le service le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h.	27,20
-------	---	-------

AVIS : Voir la règle 2.4.7.3. D du préambule général

TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES

AVIS : - Voir la Lettre d'entente n° 8 et son annexe 1 (**cliniques désignées**) de la Brochure n° 1.

- Le tarif n'est pas soumis au modificateur 050 (voir règle 1.3 du préambule particulier de l'onglet Actes diagnostiques et thérapeutiques).

Par séance, (peu importe le nombre et le type de traitements dispensés)	11,85
---	-------

CODE TYPE DE TRAITEMENT

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoidaux, iontophorèse)
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674	exercices de rééducation, respiration
00675	hydrothérapie (bain de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677	ultra-sons
00678	ultra-violet
00670	T.E.N.S.
00686	techniques de mobilisation (par approche musculo-squelettique spécifique)

#AVIS : Les traitements dispensés **en clinique de physiothérapie désignée**, par du personnel auxiliaire à des personnes de soixante-cinq (65) ans ou plus, doivent être facturés comme suit :

- inscrire sur la première ligne de service les honoraires de **11,85 \$**;
- inscrire sur les lignes subséquentes le **modificateur 035** en regard de chaque traitement physiatrique rendu et les honoraires de **0 \$**;
- inscrire le **numéro de la clinique** de physiothérapie désignée (341XX).

#AVIS : Les traitements dispensés **en cabinet** par le médecin à toute personne assurée doivent être facturés comme suit :

- inscrire sur la première ligne de service les honoraires de **11,85 \$**;
- inscrire sur les lignes subséquentes le **modificateur 035** en regard de chaque traitement physiatrique rendu et les honoraires de **0 \$**;
- inscrire le **code de localité** ou le **numéro de cabinet attribué** (6XXXX ou 54XXX, 55XXX, 57XXX).

+ **ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE**

- + Le médecin qui effectue dans un contexte d'urgence une échographie ciblée dans le but d'orienter l'investigation, de poser un diagnostic, ou d'évaluer la réponse à un traitement peut se prévaloir de la rémunération de l'échographie ciblée d'urgence. Un maximum de deux examens échographiques peuvent être réclamés lorsque le même médecin effectue un tel examen auprès du même patient plus d'une fois la même journée. Dans tous les cas, le médecin doit manipuler la sonde pour l'acquisition d'images et consigner ses observations au dossier. Il n'est pas tenu de déposer au dossier une copie des images de l'échographie effectuée.

+00689 Échographie ciblée d'urgence 20,00

- + NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis d'assignation pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique - Services de laboratoire en établissement (n° 3051) peut être transmis par les services en ligne ou aux coordonnées indiquées sur le formulaire. Il est disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, dans la section Formulaires.*

INDEX

Page

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER	D-2
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-5
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-6
Anesthésie obstétricale	D-6
Anesthésie diagnostique et thérapeutique	D-7
Inhalothérapie	D-8
Neuroleptanalgésie	D-8
Soins spéciaux (<i>Rubrique abolie par l'Amendement n°85</i>)	D-8
Soins de ventilation	D-10
Coeur-poumon artificiel	D-10
Transplantations	D-10
Divers	D-10
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE	D-11

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 OBJET

1.01 Le présent préambule a pour objet de régir la tarification de l'anesthésie-réanimation.

2.00 DÉFINITIONS

2.01 Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale, le bloc digital, le bloc paracervical et la neuroleptanalgie.

2.02 Intervention : une chirurgie, un acte diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiste.

2.03 Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont, pendant une même anesthésie, pratiquées chez un même patient.

2.04 Neuroleptanalgie : procédure qui consiste à administrer certains médicaments du système nerveux central par voie intraveineuse à des doses qui n'induisent pas une anesthésie générale mais permettent d'atténuer l'état de conscience du patient en vue de procéder à une intervention.

3.00 HONORAIRE GLOBAL

3.01 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global. Sont compris dans cet honoraire tous les soins que le médecin anesthésiste donne au patient pendant la durée de l'anesthésie ainsi que, pour les soins habituels, l'examen en salle de réveil.

3.02 Sont toutefois exclues de l'honoraire global les procédures codées P.A.R. 3.02.

3.03 Les actes nouveaux sont payables sauf ceux que les parties déterminent comme faisant partie de l'honoraire global.

3.04 Le médecin qui pratique l'intervention n'a pas droit aux honoraires d'anesthésie sauf autrement prévu au tarif.

4.00 EXAMEN

4.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement de ses honoraires d'examen ou de consultation, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : *Voir la règle 2 du préambule général.*

4.02 L'examen préanesthésie est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire.

5.00 MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

5.01 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux (2) composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; pour l'autre, la somme des unités de durée.

5.02 Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

5.03 Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiste consacre au soin du patient; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

AVIS : *L'anesthésiste (R=2) doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

6.00 DURÉE

6.01 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiste a charge du patient.

6.02 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiste prend contact avec le patient pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiste confie la surveillance du patient au personnel de la salle de réveil.

6.03 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze (15) minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit (8) premières périodes; deux (2) unités de durée, pour chaque période supplémentaire; et trois (3) 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 (15) minutes.

AVIS : *Voir le tableau à la fin du présent onglet et la section 4.2.6.1 de l'onglet «RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT» .*

7.00 INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

7.01 Le médecin anesthésiste 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 patient.

8.00 PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE PRÉCHIRURGICALE

8.01 Le médecin anesthésiste a droit au plein tarif de l'anesthésie, lorsque son concours est requis pour une procédure diagnostique préchirurgicale dont la tarification est de quatre (4) unités de base ou plus.

9.00 CHIRURGIES MULTIPLES

9.01 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

10.00 ANESTHÉSISTE COLLABORATEUR

10.01 Le médecin anesthésiste qui agit comme collaborateur (R=3) a droit à la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum quatre (4), pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

10.02 Le médecin anesthésiste collaborateur a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du patient; on applique à cet égard les dispositions de l'article 5.00.

AVIS : Voir section 4.2.6.2 sous l'onglet «*Rédaction de la demande de paiement*». L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de l'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.

11.00 REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

11.01 Le médecin anesthésiste 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 patient.

11.02 Le médecin remplaçant n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037): on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiste a consacrées au soin du patient.

AVIS : Voir section 4.2.6.3 sous l'onglet «*Rédaction de la demande de paiement*».

12.00 ANESTHÉSIE CHEVAUCHANT PLUS D'UNE PLAGE HORAIRE

12.01 Le médecin anesthésiste doit utiliser le modificateur 130 lorsque l'intervention chevauche plus d'une plage horaire.

AVIS : Voir le tableau à la fin du présent onglet et la section 4.2.6.4 de l'onglet «*Rédaction de la demande de paiement*».

13.00 PARTICIPATION

13.01 Le médecin anesthésiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du patient pendant qu'on pratique cette intervention, sans qu'il n'y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

14.00 ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

14.01 Sauf s'il se présente une procédure obstétricale ou une urgence grave, un médecin anesthésiste ne peut, en cours d'intervention, être rémunéré pour plus d'un patient.

15.00 NEUROLEPTANALGÉSIE

15.01 Le médecin qui, lors de son intervention, utilise une procédure de neuroleptanalgie a droit au supplément prévu au tarif.

Pour avoir droit à ce supplément le médecin doit, conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, avoir à sa disposition tout le matériel et la médication d'urgence prescrits par le Collège et procéder tout au long de l'intervention à la surveillance per et post opératoire des éléments suivants :

- l'état de conscience;
- la surveillance de l'électrocardiogramme;
- la prise régulière des signes vitaux;
- la saturation d'oxygène.

ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

+ VALEUR DE L'UNITÉ : 14,15 \$ au 1^{er} avril 2011 et 14,85 \$ au 1^{er} janvier 2012

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

	Extraction dentaire simple	(Voir système digestif)	
00904	Réséction de racine dentaire		4*
00905	Obturation dentaire		4*
00918	Pulpectomie		4*
00919	Traitement de canal dentaire		4*
00960	Extension des replis muqueux		4*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche		7*
00962	Implantation de prothèse dentaire		4*
00963	Alvéoloplastie		4*
00964	Alvéolectomie		4*
00966	Ablation de tissu hyperplasique		4*
00967	Alvéolite		4*
00968	Fracture alvéolaire		4*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme		4*
00970	Ablation de torus		4*
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 uniquement à l'examen préanesthésique et aux unités de durée		
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)		
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie		4*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie		4*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux		
00924	avec ou sans appareil de traction		4*
	Maxillectomie		
00930	partielle		9*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)		4*

	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	4*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	4*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	4*
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	5*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une (1) ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	3*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	
00957	repositionnement bilatéral	9*
00959	diminution	7*
00925	Curetage sous-gingival	4*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
+00907	sans la présence d'un anesthésiste	43,20
+00908	avec la présence d'un anesthésiste	22,45

NOTE : cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour le médecin.

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

	Accouchement ou période du travail, ou les deux	
00921	sous anesthésie générale	8
00910	sous anesthésie régionale par injection unique	8
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie postaccouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	14

NOTE : si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (codes d'acte 06912 ou 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où le médecin anesthésiste prend contact avec la patiente pour effectuer l'induction.

- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

**ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET
THÉRAPEUTIQUE**

+00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) par examen	9,25
+	maximum par jour	37,00

AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*

+00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée postponction de la dure-mère	92,45
+00933	Épidurale continue pour soulager la douleur pour les premières quarante-huit (48) heures chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, la surveillance et les injections (P.G. 2.4.7.3 C)	198,15
+00935	après quarante-huit (48) heures réinjections et/ou examens, par jour, par patient (P.G. 2.4.7.3 C)	37,00
+00952	Épidurale différentielle incluant les examens et consultations, les injections et la surveillance (P.G. 2.4.7.3 C) ...	198,15

NOTE : comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient.
Ce test a une durée moyenne de trois heures.
Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.
Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.

Douleur aiguë ou douleur chronique :
Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les examens et consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

00997	période de 24 heures ou moins	4
00998	période de plus de 24 heures	8
00999	période de plus de 96 heures, par jour, supplément. .	3
Prise en charge par un médecin anesthésiste 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		
00988	période de 24 heures ou moins	4
00989	période de plus de 24 heures	8
01900	période de plus de 96 heures, par jour, supplément. .	3

		R = 1	R = 2
+01901	Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique	58,85	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	NOTE : Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient		

INHALOTHÉRAPIE

+00917	Examen de contrôle (P.G. 2.2.9 A)	8,00	
+	Maximum par jour	32,00	
	NOTE : ne peut être facturé par un médecin qui a réclamé le rôle 2 auprès du même patient, le même jour.		

AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'appar à une minute est de cinq (5) ou moins . . .		4
-------	---	--	---

AVIS : *Inscrire l'appar dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.*

NEUROLEPTANALGÉSIE

Procédure de neuroleptanalgie réalisée conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, incluant l'examen, l'administration de médicament et la surveillance :

+00980	supplément (P.G. 2.4.7.3 C)	25,95	
--------	---------------------------------------	-------	--

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin anesthésiste (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)		1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		
+00927	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C)	14,20	
+	Maximum par jour	56,80	
	NOTE : Cet examen ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen.		
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne pour chaque jour 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 anesthésiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes 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)		4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		
+00991	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C)	14,20	
+	Maximum par jour	85,20	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngoscope 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. (P.A.R. 3.02).		9
00940	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible (P.A.R. 3.02)		7
00926	Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement et des examens . .		3

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, est de (MOD=036) 17*

AVIS : Lorsque le MOD=036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique et la valeur des unités de base devient 17. 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 11*

DIVERS

00981 Anesthésie pour angioradiologie (P.G. 2.9) 5*

00982 Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne 5*

00954 Anesthésie pour électroconvulsothérapie 4*

NOTE : l'examen préanesthésique s'applique au début de la série de traitements seulement.

00986 Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur 3*

00958 Anesthésie générale pour épiglottite (P.G. 2.9) 9*

00971 Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale 3*

00972 Anesthésie pour ablation de points de suture 3*

00974 Tamponnement nasal antérieur 3*

00975 Anesthésie pour tomographie par ordinateur, peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie 6*

00973 Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie 9*

Anesthésie pour examen ophtalmologique :

00955 sans intubation 4*

00956 avec intubation 4*

00976 Anesthésie pour examen sous anesthésie générale 3*

00977 Anesthésie pour circulation assistée 7*

00978 Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire 7*

00979 Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire 6*

00983 Anesthésie pour télécobalthérapie 3*

00985 Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément 1

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	80	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

E - CHIRURGIE

PRÉAMBULE PARTICULIER	E-2
1. Honoraire global.....	E-2
2. Examens ou consultations	E-2
3. Actes diagnostiques ou thérapeutiques.....	E-2
4. Soins simultanés	E-2
5. Soins postopératoires confiés à un autre médecin	E-3
6. Chirurgie incluse ou complémentaire.....	E-3
7. Séances opératoires différentes	E-3
8. Chirurgies multiples	E-3
9. Chirurgies distinctes	E-4
10. Assistance	E-4
11. Disposition transitoire.....	E-4
12. Chirurgie oncologique complexe	E-5

E - CHIRURGIE

PRÉAMBULE PARTICULIER

Le présent préambule s'applique à l'ensemble des actes chirurgicaux et obstétricaux, sous réserve des dispositions des préambules particuliers relatifs à certains actes chirurgicaux et obstétricaux.

1. HONORAIRE GLOBAL

L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins peropératoires ainsi que certains examens ou consultations.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux actes diagnostiques et thérapeutiques.

2. EXAMENS OU CONSULTATIONS

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de ses honoraires d'examen ou de consultation, sauf disposition contraire. À la première visite du patient, on lui accorde l'honoraire de l'examen ou de la consultation effectués suivant les règles de tarification prévues au préambule général. Par la suite, tant en préopératoire qu'en postopératoire, le médecin est, pour les examens qu'il effectue, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire.

AVIS : Voir la règle 2 du préambule général.

Le jour de l'intervention, le médecin qui pose un acte chirurgical n'a pas droit aux honoraires d'examen ou de consultation, sauf s'il s'agit d'un patient traité d'urgence dont il a pris charge le même jour. Dans ce cas, l'examen ou la consultation effectué est rémunéré suivant les règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : Lors de la situation décrite ci-dessus, veuillez utiliser le modificateur 179.

- + Les honoraires d'examen ou de consultation sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 52 \$ ou moins au 1^{er} avril 2011 et de 55 \$ ou moins au 1^{er} janvier 2012.
- + Certains examens postopératoires sont compris dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont ceux qui sont faits au chevet du patient hospitalisé, au cours des quinze (15) premiers jours de l'intervention dont le tarif est de plus de 52 \$ au 1^{er} avril 2011 et de plus de 55 \$ au 1^{er} janvier 2012.

3. ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement des actes diagnostiques et thérapeutiques apparaissant à la nomenclature des actes, dans la section intitulée « Actes diagnostiques et thérapeutiques », qu'il dispense, sauf disposition contraire au tarif.

4. SOINS SIMULTANÉS

Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin auquel le médecin qui pose un acte chirurgical fait appel en raison de l'état du patient.

Le médecin qui donne des soins simultanés est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses examens ou consultations (MOD 022).

5. SOINS POSTOPÉRATOIRES CONFISÉS À UN AUTRE MÉDECIN

Le médecin qui pose un acte chirurgical et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

Le médecin qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts (3/4) de l'honoraire global. (MOD 024)

AVIS : *Le médecin doit identifier dans la case CONSULTATION DEMANDÉE PAR, le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins postopératoires.*

Le médecin qui donne les soins postopératoires a droit au quart (1/4) de l'honoraire global. (MOD 025)

AVIS : *Le médecin qui réclame des frais postopératoires doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens. De plus, il doit identifier dans la case CONSULTATION DEMANDÉE PAR, le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la chirurgie.*

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

Le médecin qui pose un acte chirurgical 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.

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

7. SÉANCES OPÉRATOIRES DIFFÉRENTES

Les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes donnent droit au plein tarif.

8. CHIRURGIES MULTIPLES

8.1 Chirurgies multiples autres que celles du système nerveux et de l'appareil vasculaire non thoracique

Les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont payées demi-tarif (MOD 050), sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

AVIS : *Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » ne sont pas payés au demi-tarif.*

8.2 Chirurgies multiples dont l'une relève du système nerveux

Malgré le paragraphe 8.1, lorsqu'au cours d'une même séance opératoire, sont pratiquées des chirurgies multiples dont au moins l'une d'elles apparaît sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles apparaissant sous la rubrique « Nerfs périphériques » chacune de ces chirurgies est payable à plein tarif, si elles sont pratiquées à des sites différents.

Toutefois, dans les cas où une chirurgie apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles apparaissant sous la rubrique « Nerfs périphériques » est pratiquée au cours de la même séance, au même site, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé, sous réserve de certaines exceptions prévues dans la nomenclature.

AVIS : *Identifier les séances opératoires différentes et les sites différents par le modificateur approprié. Voir 4.6.2 Annexe II sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

Les chirurgies multiples dont le libellé apparaît sous la rubrique « Nerfs périphériques » de l'onglet « Système nerveux » sont payées selon les dispositions du paragraphe 8.1.

8.3 Chirurgies multiples de l'appareil vasculaire non thoracique

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 086 s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

9. CHIRURGIES DISTINCTES

Lorsque des médecins qui posent des actes chirurgicaux 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 médecin qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique.

Le médecin qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier médecin n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même du médecin qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier médecin ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

10. ASSISTANCE

Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le médecin ou le dentiste requiert l'assistance d'un autre médecin, la rémunération de ce dernier est fixée à 22% du taux établi pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 11 % (R=4) (MOD 050) du taux établi pour les autres actes.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de l'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

11. DISPOSITION TRANSITOIRE

Les examens postopératoires effectués à compter du 1^{er} juin 1988 sont rémunérés suivant les règles de tarification nouvelle.

12. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

En chirurgie plastique, en orthopédie et en oto-rhino-laryngologie, la chirurgie oncologique complexe d'une durée anesthésique de quatre (4) heures ou plus (en orthopédie) ou de six (6) heures ou plus (en chirurgie plastique ou en oto-rhino-laryngologie), est rémunérée sous forme de forfait au médecin spécialiste responsable de l'intervention (rôle 1).

12.1 Anesthésie

En regard de la chirurgie oncologique complexe, le médecin omnipraticien qui détient des privilèges et qui prend charge de l'anesthésie, est rémunéré selon la durée anesthésique de la chirurgie.

AVIS : *Pour l'anesthésie, utiliser un des codes d'acte énumérés ci-dessous. Ajouter les unités de durée à la valeur de base.*

R = 2

05920	durée anesthésique totale de 4 à 5 heures	9
05921	durée anesthésique totale de 5 à 6 heures	11
05922	durée anesthésique totale de 6 à 8 heures	17
05923	durée anesthésique totale de 8 à 10 heures	17
05924	durée anesthésique totale de 10 à 12 heures	17
05925	durée anesthésique totale de plus de 12 heures	17

12.2 Assistance opératoire

Le médecin omnipraticien qui assure l'assistance chirurgicale est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'annexe XIV, section II, article 1.01.

AVIS : *Depuis le 1^{er} janvier 2012, le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 91,24 \$ de l'heure. Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (22,81 \$) de la durée de l'assistance effectuée, selon un des codes d'acte suivants :*

05930	assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 4 à 5 heures
05931	assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 5 à 6 heures
05932	assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 6 à 8 heures
05933	assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 8 à 10 heures
05934	assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 10 à 12 heures
05935	assistance pour une chirurgie d'une durée totale de plus de 12 heures

Remplir la Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, 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;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- l'heure de début et de fin de l'intervention dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENDEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé et aucun modificateur n'est permis pour ces codes d'acte.

INDEX

Page

F - PEAU-PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Abcès	F-2
Hématome	F-2
Tumeur bénigne	F-3
Tumeurs précancéreuses de la peau	F-4
Tumeurs cancéreuses	F-5
Exérèse de corps étrangers	F-5
Cryochirurgie	F-6
Lipectomie fonctionnelle	F-6
Onyctomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant)	F-7
Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien)	F-7
Verrue (Excision, cautérisation, électrocoagulation et fulgurations)	F-7
Cryothérapie, chimiothérapie ou chimiocautérisation (Voir P.G. Annexe 1)	
Réparation de plaies	F-8
Brûlures	F-10
Greffe capillaire	F-10
Greffes cutanées ou greffes cultivées	F-10
Greffes par glissement, rotation ou transposition	F-11
Greffe pédiculée (à distance)	F-11
Greffe libre	F-11
Dermabrasion : Sablage	F-12
Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales	F-12
# Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou	F-12
Seins	F-13
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement	F-15
Fistule cutanée	F-15
Chirurgie plastique	F-15

F - PEAU PHANÈRES TISSU CELLULAIRE - SOUS-CUTANÉ

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie). Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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 : 01208, 01210, 01211, 01214, 01324, 01395, 01405, 01406, 01416, 01417 (lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou), 01401, 01419, 01458, 01460, 01463, 01464 et 01465.

Incision

Abcès : pour les autres abcès non prévus dans cette section, référer à chacun des chapitres de la chirurgie)

01005	incision et drainage d'un abcès sus-fascial ou sus-aponévrotique; unique ou multiple.....	15,60	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	22,60	2
01006	sous-fascial ou sous-aponévrotique; unique ou multiple	82,70	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	84,75	2
01001	panaris	19,45	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A).....	25,75	2
01002	anthrax (exérèse en bloc) (P.G. 2.4.7.7 A)	81,60	2
01003	palmaire ou plantaire	76,85	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A).....	77,95	2
----	avec implication de gaine tendineuse.....		(Voir musculo-squelettique)
01004	périanal	47,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A).....	49,85	2
----	ischio-rectal		(Voir système digestif)

Hématome

01007	incision et drainage d'un hématome ou d'un sérome : sus-fascial ou sus-aponévrotique	9,15	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	16,70	2

		R = 1	R = 2
+01008	sous-fascial ou sous-aponévrotique.....	82,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B).....	84,75	2
+01023	Évacuation d'un hématome ou d'un sérome sus-fascial ou sus-aponévrotique par ponction, lorsque l'incision et drainage est contre indiqué, une ou plusieurs ponctions	8,15	
+	en cabinet.....	16,70	
+01009	fenestration d'un ongle pour évacuation d'hématome ..	9,15	
+----	en cabinet.....	16,70	

Excision conventionnelle ou au laser

(excision avec greffe ou plastie, cf. greffes)

Tumeur bénigne

(Naevi, angiomes, lipomes, etc. sauf les kystes sébacés, les angiomes-plans traités au laser et les verrues)

Excision chirurgicale (incluant fermeture simple)

	face, oreilles, paupières, nez, lèvres, muqueuses		
+01164	diamètre de trois (3) cm ou moins (*).....	17,00	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	28,40	2
+01156	diamètre de quatre (4) cm (*).....	22,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	33,30	2
+01157	diamètre de cinq (5) cm (*).....	28,30	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	38,10	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
+01151	premiers cinq (5) cm.....	36,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A).....	45,60	2
+	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centi- mètre (**)	15,70	
	cuir chevelu, cou, mains, pieds, organes génitaux externes		
+01165	diamètre de trois (3) cm ou moins (*).....	14,10	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	25,80	2
+01158	diamètre de quatre (4) cm ou cinq (5) cm (*).....	21,10	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	32,00	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
+01153	premiers cinq (5) cm.....	29,65	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A).....	39,40	2
+	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centi- mètre (**)	13,05	
	tronc, bras et jambes		
+01166	diamètre de trois (3) cm ou moins (*).....	11,20	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	23,40	2
+01162	diamètre de quatre (4) cm (*).....	15,60	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	27,00	2
+01163	diamètre de cinq (5) cm (*).....	19,80	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (*).....	30,80	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm		
+01155	premiers cinq (5) cm.....	26,10	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A).....	36,35	2
+	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centi- mètre (**)	11,45	

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

AVIS :

(*) Indiquer dans la case UNITÉS, le nombre de tumeurs.

(**) Utiliser une ligne par lésion en indiquant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.

	R = 1	R = 2	
Kystes sébacés			
+01169	face, cuir chevelu, cou	21,45	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	32,25	3
+01172	autres localisations	17,55	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,85	3
NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse).			

AVIS : Utiliser une ligne par lésion.

+01198	neurofibromes multiples, par lésion	14,15	4
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	25,80	4
+	par lésion supplémentaire	13,05	
+	maximum par séance	262,10	
+	maximum par séance en cabinet.	273,75	

AVIS : Indiquer le nombre de lésions dans la case UNITÉS.

Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises)

paupière, nez, lèvres, muqueuses			
+01180	diamètre de un (1) cm ou moins	55,05	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	61,55	2
+01181	diamètre de plus de un (1) cm	91,70	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	93,50	2
face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux			
+01182	diamètre de un (1) cm ou moins	42,35	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	50,45	2
+01183	diamètre de plus de un (1) cm	64,90	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	70,15	2
tronc, bras, jambes			
+01184	diamètre de un (1) cm ou moins	27,55	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	37,55	2
+01185	diamètre de plus de un (1) cm	46,60	2
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	54,20	2

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

AVIS : - Utiliser une ligne par lésion, sans indiquer de centimètre dans la case UNITÉS.
 - La lésion doit être calculée en centimètre(s) linéaire(s). Lorsque la lésion est de forme irrégulière, inscrire le nombre de centimètre(s) correspondant au côté le plus long de la lésion, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

	Traitement des angiomes-plans par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié sous anesthésie générale :		
+01145	par cm carré (*)	21,75	3
+	maximum par séance	217,50	
	sans anesthésie générale :		
+01146	par cm carré (*)	12,05	
+	maximum par séance	60,25	

NOTES :

- 1) si le patient a plus de 21 ans, la superficie doit être de 6 cm carrés ou plus et une autorisation préalable de la Régie est nécessaire.
- 2) ce tarif est payable en établissement seulement.

**Tumeurs cancéreuses de la peau
(biopsies comprises)
(Il s'agit de centimètres de résection)**

	paupières, nez, lèvres, muqueuses		
+01186	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A)	95,35	2
+01187	diamètre de plus de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	125,20	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
+01188	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A)	65,50	2
+01189	diamètre de plus de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	95,45	2
	tronc, bras, jambes :		
+01194	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A)	43,95	2
+01195	diamètre de plus de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	58,35	2

AVIS : Utiliser une ligne par lésion, **sans** indiquer de centimètre dans la case UNITÉS.

	excision de lésion cancéreuse de la peau en plusieurs temps, selon la technique de Tromovitch		
+01199	ensemble des temps (P.G. 2.4.7.7 A)	238,60	4

Exérèse de corps étrangers

+01196	simple (P.G. 2.4.7.7 A)	24,10	3
01197	compliquée (P.G. 2.4.7.7 A)	C.S.	4

AVIS : Voir règle 1.1.2, préambule général.

AVIS :

- (*) - Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS et le code d'établissement dans la case appropriée.
- Pour un patient de plus de 21 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Cryochirurgie**Tumeurs précancéreuses de la peau
(biopsies comprises)**

+01236	paupière, nez, lèvres, muqueuses diamètre de un (1) cm ou moins	49,50	2
+01237	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux diamètre de plus de un (1) cm	79,30	2
+01238	tronc, bras, jambes diamètre de un (1) cm ou moins	38,05	2
+01239	diamètre de plus de un (1) cm	58,40	2
+01240	diamètre de un (1) cm ou moins	24,75	2
+01241	diamètre de plus de un (1) cm	42,50	2

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables
(sauf lipomatose diffuse)

AVIS : Voir les instructions de facturation de l'AVIS suivant le code **01185**, au bas de la page F-4.

**Tumeurs cancéreuses de la peau
(biopsies comprises)
(Il s'agit de centimètres de résection)**

+01242	paupières, nez, lèvres, muqueuses diamètre de un (1) cm ou moins	84,90	2
+01243	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux diamètre de plus de un (1) cm	124,50	2
+01244	tronc, bras, jambes diamètre de un (1) cm ou moins	65,25	2
+01245	diamètre de plus de un (1) cm	90,75	2
+01246	diamètre de un (1) cm ou moins	49,50	2
+01247	diamètre de plus de un (1) cm	62,45	2

Lipectomie fonctionnelle

+01208	abdominale avec ou sans réparation d'hernie ombilicale ou diastasis des grands droits ou les deux (correction de tablier grassex) (*)	271,95	6
+01209	diastasis des grands droits	161,90	4
+01214	autres régions (*)	212,10	4
+01210	Liposuction d'un lambeau préalablement greffé sous anesthésie locale (*)	65,25	
+01211	sous anesthésie générale (*)	97,90	4

AVIS : (*) *Inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Onyctectomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant)			
+01215	simple.....	17,55	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,85	3
+01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	47,90	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	55,35	3
Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien)			
+01217	excision simple	201,20	3
+01220	excision et plastie	240,15	3
+01221	marsupialisation.....	195,65	3

Verrue

fulguration incluant le rasage	(voir Cautérisation, 1300)
cryothérapie incluant le rasage	(P.G. Annexe 1)
chimiothérapie	(P.G. Annexe 1)

Excision chirurgicale

non faciale			
+01222	première (P.G. 2.4.7.7 A)	15,30	3
+	supplémentaire (lors de la même séance) chacune ..	3,70	
maximum quinze (15) verrues supplémentaires (*)			
faciale			
+01223	première (P.G. 2.4.7.7 A)	26,95	3
+	supplémentaire (lors de la même séance) chacune ..	8,95	
maximum neuf (9) verrues supplémentaires (*)			
plantaire			
+01225	première (P.G. 2.4.7.7 A)	20,15	3
+	supplémentaire (lors de la même séance) chacune ..	5,05	
maximum dix (10) verrues supplémentaires par séance (*)			
+01227	en mosaïque (excision totale) par séance (P.G. 2.4.7.7 A)	61,85	
+01224	excision totale et plastie	91,90	3

NOTES :

- 1) Si fait au Laser, le tarif est majoré de 50 %.
MOD 056.
- 2) 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

Électrocoagulation			
+01300	première lésion (P.G. 2.4.7.7 B)	6,70	2
+	lésion supplémentaire	1,90	
+	maximum par séance	18,10	

AVIS : Utiliser une seule ligne, inscrire le nombre total de lésions dans la case UNITÉS.

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de verrues dans la case UNITÉS.

	Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs). (Cet acte comprend l'exérèse de la lésion maligne, la destruction chimiochirurgicale par l'application de substance chimiothérapeutique sur les lésions résiduelles, les prélèvements biopsiques en cours de traitement)		
+01302	première couche	217,55	
+	chaque couche supplémentaire	27,20	
	(maximum : quatre (4) couches supplémentaires)		

AVIS : *Utiliser une seule ligne, inscrire le nombre total de couches dans la case UNITÉS.*

+01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	489,50	17
--------	--	--------	----

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 un (1) cm	25,25	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	35,60	
+	par cm supplémentaire (*)	9,60	
+----	valeur maximum en établissement	217,25	
+----	valeur maximum en cabinet	227,60	

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 un (1) cm	16,25	3
+----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	27,75	
+	par cm supplémentaire (*)	4,20	
+----	valeur maximum en établissement	129,65	
+----	valeur maximum en cabinet	141,15	

AVIS : (*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*

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.

	face et cou		
01322	moins de deux centimètres et demi (2,5 cm)	67,25	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	76,55	
	par deux centimètres et demi (2,5 cm) supplémentaires	40,35	
	Maximum payable en établissement pour l'ensemble des plaies	672,50	
	Maximum payable en cabinet pour l'ensemble des plaies	681,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée. Exemple : 2,5 cm = 1 unité Joindre le compte rendu opératoire.		
01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	C.S.	4
	Plaie		
01326	exploration d'une plaie sous anesthésie exploration, sans réparation, d'une plaie complexe, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7 A)	32,10	2
	débridement isolé de plaie (excluant les brûlures)		
	NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaies lorsqu'elles sont faites en même temps.		
01327	chaque unité de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	4,50	3
	valeur maximum	76,50	
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une ligne par site en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.		
01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse) (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	C.S.	4

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

Brûlures

	simples (1 ^{er} degré) <i>inclus dans le tarif de l'examen ou autre service associé</i>		
	importantes (2 ^{es} et 3 ^{es} degré)		
	traitement initial, incluant débridement et pansement		
01330	moins de 10 % de la surface corporelle	25,90	2
----	en cabinet	36,50	2
01331	entre 10 à 30 %	85,80	2
01332	plus de 30 %	132,90	4
	traitement subséquent, incluant débridement		
01800	changement de pansements de 20 cm carrés ou plus, par quart d'heure (**)	19,50	2
01334	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant débridement	140,75	6
01333	étendues (*)	C.S.	7
01321	injection multiples de Kenalog sous anesthésie générale ou dans un centre désigné, par quart d'heure (**)	51,95	5

NOTE : les centres désignés sont le Pavillon Hôtel-Dieu du CHUM et l'Hôpital Villa-Médica. Dans ces centres désignés, les examens fait au chevet du patient hospitalisé au cours des quinze jours de l'intervention, sont payables.

Micro-greffe capillaire

01324	par unité folliculaire	2,10	
	maximum par séance	2 625,00	
	maximum par patient	5 250,00	

AVIS : *Un maximum de 250 unités doit être facturé par ligne. Un numéro d'autorisation doit être accordé au préalable par la Régie et inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez joindre le compte rendu opératoire.*

Greffes cutanées ou greffes cultivées

	À 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 médecin autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	82,40	3
	Xénogreffe cutanée		
01370	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	61,95	2
01371	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	119,80	2

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

(**) Rôle 1 : utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
+01372	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés	235,45 1,15	2

AVIS : Le chiffre inscrit dans la case UNITÉS doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm² excédant 600 cm² plus un (1).

Greffes par glissement, rotation ou transposition

+01365	Lambeau unique avec fermeture de la région donneuse (P.G. 2.4.7.7 A)	129,80	3
+01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	149,90	3
+01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse	227,15	3
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement		
+01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse	509,25	5
+01353	sans microchirurgie avec microchirurgie sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez (Voir greffe libre)	706,35	5
+01368	en un temps	149,90	3
+01369	en deux temps	217,55	4
+01336	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 .	489,50	7

Greffe pédiculée (à distance)

+01380	stage majeur directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse	190,35	5
+01381	directe avec greffe libre à la région donneuse	244,70	6
+01382	stage secondaire transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe	135,95	4
+01383	section du pédicule ou fermeture tardive	108,75	3
+01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	56,55	3

Greffe libre

+01362	bout du doigt (P.G. 2.4.7.7 A)	50,60	4
+01363	doigt, plus qu'une phalange (P.G. 2.4.7.7 A) tête et cou	115,40	4
+01350	moins de vingt-cinq (25) cm carrés	191,85	4
+01351	vingt-cinq (25) cm carrés à cinquante (50) cm carrés . .	250,20	5
+01352	plus de cinquante (50) cm carrés dans une cavité :	353,20	5
+01355	orbite avec greffe muqueuse	212,10	4
+01356	cavité nasale	130,55	3
+01357	cavité buccale	163,15	3
+01358	sous une greffe pédiculée	89,95	3

		R = 1	R = 2
+01359	cavité osseuse importante	130,55	3
	autres régions		
+01341	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	124,70	3
+01342	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	226,20	3
+01343	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés (*)	470,90	3
+	chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés (*)	4,80	
+	maximum par séance	710,90	
+01385	lambeau neurovasculaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil	271,95	7
+01423	lambeau neurovasculaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	719,45	14
+01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	652,60	14
+01425	lambeau libre microanastomosé incluant prise du greffon pédicule vasculaire, un (1) ou plusieurs	1 522,70	17
+01426	pédicule neurovasculaire, un (1) ou plusieurs	1 631,50	17
+01427	cutané supplément	108,75	
+01428	musculaire, supplément	108,75	
+01429	osseux, supplément	108,75	
+01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	177,45	
+01431	nerveuse, supplément	119,90	
+01387	Lambeau jambes croisées	435,05	7
+01389	Prélèvement de fascia lata	63,10	6
+01394	Reconstruction du mamelon par greffe	190,35	3
+01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements (**)	135,95	4

Dermabrasion : Sablage

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage		
+01390	face entière pour cicatrices	233,85	2
+01310	plus de cinquante (50) cm carrés (**).	169,65	4
+01311	de vingt-cinq (25) cm à cinquante (50) cm carrés (**).	108,75	4
+01312	de zéro (0) à vingt-cinq (25) cm carrés (**).	81,60	3

Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales

	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
+01405	moins de quatre (4) cm (P.G. 2.4.7.7 A) (**).	82,40	3
+01406	de quatre (4) cm à dix (10) cm (**).	108,75	3
+01416	de onze (11) cm à vingt (20) cm (**).	163,15	4
+01417	de vingt et un (21) cm et plus (**).	230,60	3

AVIS :

(*) Le nombre inscrit dans la case UNITÉS doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm² excédant 600 cm² plus un (1).

(**) Inscire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsqu'il s'agit de cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.

+			
Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou			
+01437	moins de quatre (4) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	82,40	3
+01438	de quatre (4) cm carrés à dix (10) cm carrés	108,75	3
+01439	de onze (11) cm carrés à vingt (20) cm carrés	163,15	4
+01440	de vingt et un (21) cm carrés et plus	230,60	3
+ NOTE : Lorsque plus d'une cicatrice est traitée lors de la même séance, la superficie de l'ensemble des cicatrices est cumulée.			
# <u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres carrés dans la case UNITÉS.</i>			
+ Le médecin doit conserver, pour une période minimale de cinq (5) ans de la date du dernier traitement, un document photographique illustrant l'état avant traitement de la portion du visage ou du cou traitée.			
Seins			
Incision			
01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (P.G. 2.4.7.7 B)	67,25	4
Excision			
01201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein	168,95	4
01202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique	220,65	4
01205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne	200,95	4
01228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne	535,85	4
01230	Mastectomie simple ou totale	358,55	4
01233	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale	250,20	4
01234	bilatérale	406,15	4
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 le code d'acte 01233 ou 01234 est facturé.</i>			
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	612,50	5
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	734,60	7
01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse	143,90	3
NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique			
01235	Excision du mamelon	65,90	3

Réparation

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 01434 et 01435 dans les cas d'asymétrie mammaire.*

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.

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 01401, 01402, 01403, 01407, 01410, 01419, 01434, 01465, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale . . .	304,55	5
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 136,60	9
01407	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal sans implant	706,95	9
01410	avec implant	815,75	9
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	209,35	
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
01434	unilatérale	370,90	5
01435	bilatérale	655,55	5

AVIS : *La réduction de moins de 250 grammes par sein n'est pas un service assuré.*

01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	68,70	
01465	Mastopexie	353,45	5
01408	Exérèse de prothèse mammaire	38,05	3
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie	152,30	3
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise)	271,95	3

Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement

+01418	Exérèse des glandes sudoripares axillaires pour hyperhidrose.....	108,75	2
	Exérèse des glandes sudoripares pour hydrosadénite suppurée		
+01412	sans greffe (P.G. 2.4.7.7 A)	147,15	2
+01413	avec greffe.....	163,15	2

Fistule cutanée

+01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	53,95	3
+01415	Profonde sous-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A).....	86,95	3

Chirurgie plastique

AVIS : Les codes d'acte **01451, 01452, 01453, 01454, 01455, 01460 et 01461** sont des codes d'acte **négociés C.S. au tarif** (voir la règle 1.1.2 du préambule général). Les honoraires inscrits pour ces actes ne le sont qu'à titre de référence.

+01451	Intervention très mineure (P.G. 2.4.7.7 A)	43,95	3
+01452	Intervention mineure (P.G. 2.4.7.7 A)	88,30	4
+01453	Intervention moyenne (P.G. 2.4.7.7 A)	140,90	4
+01454	Intervention majeure (P.G. 2.4.7.7 A)	190,35	5
+01455	Intervention très importante	341,30	9
+01460	Modelage facial (*).....	435,05	5
01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée... ..	C.S.	10
Implantation de matière allogène :			
+01456	Fil d'Orion	141,40	2
+01458	Pectus excavatum (*)	271,95	4
+01459	À la face pour combler dépression post-traumatique ...	135,95	4
+01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez. .	125,10	3
+01463	Mise en place sous-cutanée d'une prothèse gonflable de distension cutanée, incluant les gonflements (*)	271,95	4
+01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (*)	179,40	4

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.*

INDEX

	<i>Page</i>
# G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	
PRÉAMBULE PARTICULIER	G-2
CRANE ET FACE	G-5
SQUELETTE AXIAL	G-7
Colonne vertébrale	G-7
Thorax	G-13
Bassin	G-13
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS	G-15
Épaule	G-15
Bras (humérus)	G-18
Coude	G-20
Avant-bras	G-21
Main et poignet	G-24
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS	G-30
Hanche	G-30
Cuisse	G-32
Fémur	G-32
Genou	G-35
Tibia et péroné	G-38
Cheville	G-40
Pied	G-42
BOURSE SÉREUSE	G-47
MUSCLES	G-47
TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS	G-48
DIVERS	G-49

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 DÉFINITIONS

1.01 Os mineur : un os de la main ou du pied à l'exception du calcanéum et l'astragale.

1.02 Os majeur : tout autre os.

1.03 Réduction ouverte : procédé chirurgical du traitement d'une fracture ou d'une luxation comportant soit l'exposition du site, soit la fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit la fixation par un appareil externe ou par l'incorporation de trois (3) broches ou plus dans un plâtre, et l'immobilisation, le cas échéant.

1.04 Réduction fermée : la mobilisation d'une fracture ou d'une luxation et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et l'immobilisation.

La seule immobilisation d'une fracture ne constitue pas une réduction fermée.

Le coût du matériel requis pour assurer l'immobilisation d'une fracture ou d'une luxation suite à sa réduction n'est pas inclus dans l'honoraire de la chirurgie.

1.05 Chirurgie : une intervention visée par ce préambule.

2.00 RÈGLES D'APPLICATION

2.01 Nonobstant le préambule de chirurgie, lorsque les soins post-opératoires sont dispensés par un médecin autre que celui qui a exécuté la chirurgie initiale ou à qui sont confiés ces soins selon les modalités établies au paragraphe 2.04 ci-après, cet honoraire ne couvre pas les services médicaux qui sont dispensés à un patient postérieurement à un transfert interétablissement.

AVIS : *Veuillez vous référer à l'article 2 du préambule particulier de la chirurgie.*

S'il s'agit d'une fracture ou d'une luxation, cet honoraire couvre en outre tous les soins incidents sauf la reconstruction des tissus mous (peau et muscles), des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments.

- + L'honoraire pour une réduction de fracture ou de luxation d'un membre (*) ne couvre pas la rémunération des services postopératoires. Il en est ainsi de l'honoraire pour une chirurgie dont le tarif est de 55 \$ ou moins. Les examens postopératoires sont alors payables au tarif de l'examen ordinaire.

Lors de réduction ouverte de fracture ou de luxation dont le tarif est soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa, la rémunération de l'assistance chirurgicale est fixée à 30 % du taux établi pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 15 % (R=4) (**MOD 050**) du taux établi pour les autres actes.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

2.02 Lors du traitement chirurgical, pour une ou plusieurs fractures ou luxations, d'un patient qui a subi un dommage au système nerveux central ou périphérique pour lequel il n'est pas suivi par un autre médecin, le médecin qui pose l'acte chirurgical est, pour un examen postopératoire effectué au-delà du quinzième jour de l'intervention, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire.

(*) membre : réfère aux sites anatomiques prévus sous Extrémités - membres supérieurs et Extrémités - membres inférieurs

2.03 Lors du traitement d'une fracture ou d'une luxation d'un membre (*), le médecin est rémunéré selon les services qu'il rend conformément aux règles de tarification prévues à l'entente générale sauf disposition contraire au tarif.

2.04 Le médecin qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation ou de toute autre intervention orthopédique, et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors l'article du préambule de chirurgie concernant les soins postopératoires confiés à un autre médecin. Cependant, dans le cas d'une réduction fermée, on partage, en parts égales, les honoraires entre le médecin qui pose un acte chirurgical et le médecin traitant (**MOD 027**).

Toutefois, cet article ne s'applique pas aux réductions de fracture et de luxation des membres (*) qui sont soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa.

AVIS : *Le médecin qui facture des frais postopératoires doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code d'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

2.05 Lorsqu'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs, le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au plein tarif pour chaque réduction (**MOD 010**).

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un (1) ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif (**MOD 050**) pour le traitement de chaque os mineur.

Lorsqu'il s'agit de fractures multiples d'un même os, un seul honoraire est exigible.

Lorsqu'il y a deux (2) fractures du même os dont l'une est reliée à une articulation et qu'il y a réduction ouverte par des voies d'approche différentes, on accorde le plein tarif pour la réduction principale et le demi-tarif pour l'autre (**MOD 049**).

Lorsque les deux (2) fractures sont reliées à une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture (**MOD 029**).

2.06 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est, s'il y a réduction ouverte, majoré de la moitié (**MOD 039**).

Lorsqu'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments, ces interventions sont incluses dans l'honoraire de la réduction de la fracture qui est alors doublé (**MOD 020**).

Toutefois, s'il y a micro-anastomose neurovasculaire, la règle 2.06 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

2.07 Le médecin qui doit reprendre une réduction fermée a droit, pour la seconde réduction, au plein tarif.

Ce médecin n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée supplémentaire.

2.08 Le médecin n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique, lors de la même séance, une réduction ouverte sur le même site.

(*) membres : réfère aux sites anatomiques prévus sous Extrémités - membres supérieurs et Extrémités - membres inférieurs.

- + **2.09** On accorde un honoraire de 104 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 110 \$ au 1^{er} janvier 2012 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 030).
- + On accorde un honoraire de 52 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 55 \$ au 1^{er} janvier 2012 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 064).
- + On accorde un honoraire de 104 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 110 \$ au 1^{er} janvier 2012 pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction (MOD 169).

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur 169, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.*

2.10 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés selon le tarif de la réparation de plaie.

2.11 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.

2.12 Le médecin 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.*

2.13 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**).

2.14 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**).

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

AVIS : *Pour l'utilisation des multiples du modificateur 172, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.*

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.

CRÂNE ET FACE*Arthroplastie*

+02339	temporo-mandibulaire unilatérale.	491,60	5
--------	---	--------	---

Biopsie

+09550	ouverte (unique ou multiple).	168,60	4
--------	---------------------------------------	--------	---

Manipulation sous anesthésie générale

+02862	temporo-mandibulaire.	27,30	3
--------	-------------------------------	-------	---

Excision

+02206	condylectomie unilatérale.	269,80	3
+09551	tumeur bénigne	309,90	4
+09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	408,95	5
+02112	hémimandibulectomie.	293,80	4
+02203	mandibulectomie totale.	424,20	7
+02204	maxillectomie supérieure totale	430,50	7
+02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	522,05	11
+02207	ménissectomie temporo-mandibulaire.	244,70	3

Fractures

+02512	arcade zygomatique : réduction ouverte	114,65	4
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis au paragraphe 2.06 de l'appareil du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
+07500	dure-mère intacte	402,45	9
+07501	avec déchirure de la dure-mère.	462,25	9
+07502	avec traumatisme cérébral important	451,40	9
+07503	intéressant les sinus	485,05	9
+07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée.	489,50	9
	fracture ouverte avec enfoncement		
+07505	dure-mère intacte	402,45	9
+07506	avec déchirure de la dure-mère.	503,55	9
+07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.).	609,10	14

		R = 1	R = 2
	maxillaire inférieur		
+02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	67,10	
+02509	réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire	208,95	3
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
+02520	unilatérale	520,35	5
+02521	bilatérale	701,55	7
+02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	179,40	4
+02523	ménissectomie	245,80	3
+02524	ablation de l'apophyse coronoïde	83,75	2
	maxillaire supérieur		
+02502	fixation inter-maxillaire	157,70	3
+02508	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	300,20	4
+02515	réduction ouverte	179,40	6
+02516	fracture 1/3 moyen de la face	585,15	9
+02518	disjonction cranio-faciale	652,60	11
	nez		
+02527	réduction	96,60	3
	os malaire		
+02507	réduction fermée	70,75	4
	réduction ouverte		
+02513	simple	152,30	4
+02514	avec ostéosynthèse	326,30	4
+02522	par voie sinusale	244,70	4
	<i>Incision et drainage</i>		
+02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	539,65	3
+09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face	263,20	3
	<i>Luxation</i>		
	temporo-mandibulaire		
+02525	réduction fermée	71,15	3
+02526	réduction ouverte	168,70	3
	<i>Ostéotomie</i>		
+02017	maxillaire inférieur unilatéral	593,55	7
	maxillaire supérieur unilatéral		
+02018	sans greffe osseuse	508,60	9
+02019	avec greffe osseuse	626,50	14
+02009	ostéotomie dento-alvéolaire	420,90	9
+02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en deux (2) ou plusieurs sections	626,50	9
+02032	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	562,35	9
+02088	avec apertognathie ou latérogathie	637,35	11
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
+02089	par voie intracrânienne	1 174,65	17
+02090	par voie extracrânienne	1 044,10	14

Reconstruction

+02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (auto-greffe prise à un site différent de la zone à greffer)	380,70	11
+02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	379,65	11
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
+02443	voie intracrânienne	2 175,35	17
+02444	voie extracrânienne	1 631,50	17
+02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	456,80	9
	avancement total du maxillaire		
+02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 821,85	17
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement (ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
+02446	simple	1 190,75	14
+02447	en deux (2) segments	1 218,15	14
+02448	en trois (3) segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 558,85	17
+02336	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement.	637,95	11
+02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire.	464,05	5

SQUELETTE AXIAL**COLONNE VERTÉBRALE**

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :

+02169	approche abdominale :	155,55	
+02170	approche thoracique :	358,95	
+02171	approche thoraco-abdominale :	538,35	

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8 du préambule particulier de chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

	greffe seulement		
+02915	un (1) niveau	576,50	9
+02916	deux (2) niveaux	576,50	9
+02917	trois (3) niveaux ou plus	691,75	11
	greffe avec instrumentation		
+02182	un (1) niveau	807,05	11
+02183	deux (2) niveaux	807,05	11
+02184	trois (3) niveaux ou plus	921,25	14

		R = 1	R = 2
+02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	287,15	5
+02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale).	108,75	3
Biopsie			
+02119	corps vertébral	277,35	5
+02109	d'un élément postérieur	143,60	3
Décompression			
Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie			
+02755	lombaire	706,25	14
+02758	dorsale ou cervicale	747,25	14
+02763	avec greffe, supplément	299,10	
+02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	418,70	
+02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	478,55	
NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par un autre médecin, celui-ci doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe »			
avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)			
+02837	un niveau, supplément	538,35	
+02838	deux niveaux ou plus, supplément	598,25	
NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.			
Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant			
NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.			
voie postérieure			
sans greffe			
cervicale ou dorsale			
+02210	un (1) niveau	592,75	11
+02217	deux (2) niveaux ou plus	734,15	11

		R = 1	R = 2
+02216	lombaire		
	un (1) niveau	627,85	6
+	chaque niveau supplémentaire	97,20	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
+02910	un (1) ou plusieurs niveaux	800,50	11
	lombaire		
+02922	un (1) niveau	691,75	11
+02924	deux (2) niveaux ou plus	807,05	11
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
+02923	un (1) ou plusieurs niveaux	956,30	14
	lombaire		
+02022	un (1) niveau	807,05	11
+02024	deux (2) niveaux ou plus	921,25	14
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
+02173	un (1) niveau	753,00	11
+02196	deux (2) niveaux ou plus	747,25	11
	avec greffe et instrumentation		
+02140	un (1) ou plusieurs niveaux	777,65	14
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
+02087	un (1) niveau	474,25	11
+02111	deux (2) niveaux ou plus	540,55	11
	avec greffe		
+02117	un (1) niveau	691,75	11
+02124	deux (2) niveaux ou plus	807,05	11
	avec greffe et instrumentation		
+02128	un (1) niveau	807,05	11
+02136	deux (2) niveaux ou plus	921,25	11
	avec remplacement par prothèse		
+02942	un (1) niveau	870,15	11
+02947	deux (2) niveaux ou plus	1 087,60	14
<i>Excision</i>			
+02123	apophyse épineuse	143,60	4
+02272	apophyse transverse	503,55	7
+02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	807,05	11
+02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 096,35	17
+02221	greffe et instrumentation, supplément	418,70	

		R = 1	R = 2
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
+02142	un niveau, supplément	538,35	
+02143	deux niveaux ou plus, supplément	598,25	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Exérèse		
+02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	396,90	5
	Fracture - colonne		
	NOTES : 1) S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; (MOD 057)		
	2) Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure), la deuxième chirurgie est payable à 90 %; (MOD 150)		
	3) Si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD 058) et l'autre temps à un tiers du tarif. (MOD 059)		
+09569	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	312,00	4
	réduction ouverte		
+09570	approche postérieure	503,55	17
+09571	approche postérieure avec greffe osseuse	691,75	17
+09572	approche postérieure avec instrumentation	807,05	17
+09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe.	921,25	17
+09574	approche antérieure	474,25	17
+09575	approche antérieure avec greffe osseuse	691,75	17
+09576	approche antérieure avec instrumentation	730,90	17
+09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe.	921,25	17
+02226	vissage de l'odontoïde	1 006,10	17
+02582	fracture sacrum réduction ouverte	317,80	3
+02214	coccyx excision.	155,45	3
	Incision et drainage		
+02044	séquestrectomie et drainage par voie antérieure.	691,75	9
+02045	par voie postérieure.	461,65	5
+02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	576,50	11

Ostéotomie

	de la colonne		
+02025	un (1) niveau	979,60	11
+	chaque niveau supplémentaire (*)	155,40	
+	maximum	1 290,40	
	avec greffe		
+02003	un (1) niveau, supplément	288,20	
+02004	deux (2) niveaux, supplément	288,20	
+02005	trois (3) niveaux ou plus, supplément	345,90	
	avec greffe et instrumentation		
+02133	un (1) niveau, supplément	403,55	
+02134	deux (2) niveaux, supplément	403,55	
+02135	trois (3) niveaux ou plus, supplément (*)	462,25	

Ponction (aspiration, injection)

+02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	304,55	4
+02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	312,00	4

Scoliose

	correction par approche postérieure du rachis		
	sans instrumentation (in situ)		
+02450	premier niveau	574,30	11
+	niveau supplémentaire (*)	107,65	
+	maximum	681,95	
+02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 398,70	17
+02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément (*)	358,95	
	correction par approche antérieure du rachis		
	sans instrumentation		
+02458	thoracique ou abdominale	576,50	14
+02459	thoraco-abdominale	719,75	17
+02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	143,60	
	avec instrumentation		
+02461	thoracique ou abdominale	1 151,80	14
+02462	thoraco-abdominale	1 296,50	17
+02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	138,50	

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITES.

		R = 1	R = 2
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
+02228	premier niveau	445,95	11
+02229	par niveau relâché et greffé, supplément (*)	59,80	
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
+02283	temps antérieur	1 006,10	17
+02284	temps postérieur	791,85	17
+02293	temps combinés	1 174,65	17
+02340	avec instrumentation et greffe, supplément	418,70	
+02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	494,40	7
+02399	relâchement musculotendineux de la concavité.	317,80	5
	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
+02362	un niveau	574,30	5
+	niveau supplémentaire (*).	145,80	
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
+02369	thoracoplastie.	431,80	5
+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.	1 006,10	17
	tractions pour scoliose		
+02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	143,60	
+02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	288,20	6
+09555	exérèse de l'appareillage	119,65	3
+02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis.	149,35	

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITES.

THORAX*Biopsie*

+02066	costale ouverte	229,90	4
--------	---------------------------	--------	---

Excision

+02114	de première côte	399,70	5
+02116	de côte cervicale	348,00	5
+02167	de côte avec drainage exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	359,70	5
+02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	852,70	9

Fracture

02539	de côtes, avec complication	C.S.	7
-------	---------------------------------------	------	---

AVIS : Voir la règle 1.1.2, préambule général.

	du sternum		
+02533	réduction fermée	67,50	3
+02535	réduction ouverte	197,95	5
+02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	395,30	5

Reconstruction - Réparation

+02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondro plastie)	835,35	14
+02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	175,35	4

BASSIN*Amputation*

+02215	hémipelvectomie	1 044,10	14
+09560	hémipelvectomie avec greffe du bassin	2 235,10	17

Arthrodèse

+02935	sacro-iliaque	503,55	7
--------	-------------------------	--------	---

Biopsie osseuse

+02062	ouverte	248,55	3
--------	-------------------	--------	---

Désinsertion

+02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	360,00	3
--------	--	--------	---

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+02130	tumeur bénigne sans greffe	389,70	4
+02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	503,55	9
+02132	tumeur maligne sans greffe	431,80	7
+02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	625,40	9
<i>Exérèse</i>			
+02519	de plaque et vis	271,00	7
+02528	de matériel symphyse pubienne	143,60	3
<i>Fractures</i>			
+02581	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale	238,60	4
+02584	acétabulum, réduction ouverte	635,60	7
+02580	acétabulum, avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 370,45	17
	bassin		
+02579	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance	117,50	
+02583	réduction ouverte : pubis	503,55	6
	fracture de une (1) ou deux (2) colonnes		
+02771	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crurale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 151,80	14
+02772	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis	1 142,80	14
	fracture de une (1) ou deux (2) colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
+02773	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	997,15	14
+02707	fracture de malgaigne instable avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 566,20	17
<i>Greffe osseuse</i>			
+02774	greffe osseuse au bassin	355,65	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Incision et drainage</i>			
+02775	abcès d'ostéomyélite	288,20	3
+02776	fenestration ou forage	216,45	4
+02777	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	222,95	3
<i>Luxation sacro-iliaque</i>			
+02676	réduction fermée seule	60,65	3
+02567	réduction fermée, traction, spica, etc	136,60	4
+02572	réduction ouverte	691,75	7

		R = 1	R = 2
	Ostéotomie		
+02000	type Salter	691,75	5
+02001	type Chiari ou « shelf »	807,05	7
+02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 096,35	17
	EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS		
	ÉPAULE		
	<i>Amputation</i>		
+02281	désarticulation gléno-humérale	599,70	5
+02282	désarticulation interscapulo-thoracique	835,35	9
	<i>Arthrodèse</i>		
+02925	gléno-humérale	691,75	7
+02965	scapulo-thoracique	593,85	9
	<i>Arthrolyse</i>		
+02973	gléno-humérale	624,00	7
	<i>Arthroplastie</i>		
+02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	624,00	4
+02407	prothèse totale gléno-humérale	963,05	7
	<i>Arthroscopie</i>		
+02034	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biop- sie synoviale et le lavage	204,45	4
+02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thé- rapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	270,40	4
	<i>Arthrotomie</i>		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
+02037	gléno-humérale	312,00	4
	<i>Biopsie</i>		
	clavicule ou omoplate		
+02084	à l'aiguille	21,20	3
+02085	ouverte	216,45	4
	<i>Examen et manipulation</i>		
+02833	Examen et manipulation sous anesthésie générale.	129,45	3

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	331,00	4
+02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	251,85	3
+02220	tête humérale	324,60	4
+02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omovertébral	300,20	4
+02779	tumeur bénigne clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	431,80	5
+02780	tumeur maligne de la clavicule sans greffe	449,25	5
+02781	tumeur maligne de la clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	435,05	7

Exérèse

+02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate	129,45	3
--------	--	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*

+02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	201,20	4
+02976	de prothèse simple	288,20	4
+02977	de prothèse totale	360,00	5

Fracture

	clavicule		
+02559	immobilisation simple	42,00	2
+02537	réduction ouverte (*)	339,30	4
	omoplate		
+02534	réduction fermée (*)	73,05	4
+02536	réduction ouverte, col et/ou glène (*)	456,80	6

Greffe

+02346	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate	312,00	4
--------	---	--------	---

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Luxation

	acromio-claviculaire		
+02545	réduction fermée (*)	45,50	3
+02548	réduction ouverte (*)	343,95	5

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
	gléno-humérale		
+02546	réduction fermée (*)	73,05	3
+02549	réduction ouverte (*)	515,35	4
+02573	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	408,90	5
+02575	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	585,45	5
+02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	687,90	5
	sterno-claviculaire		
+02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement (*)	45,50	3
+02547	réduction ouverte (*)	343,95	5
Ostéotomie			
+02095	clavicule	288,20	4
+02094	omoplate	360,00	5
Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant			
+02144	pour rupture du tendon du biceps proximal	245,30	4
+02145	pour rupture du tendon du biceps distal	408,90	5
	coiffe des rotateurs		
+02156	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	515,35	4
+02157	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	594,10	5
+02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	476,05	4
Scapulopexie			
+02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	691,75	7
Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)			
+02231	gléno-humérale	431,80	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
Transposition			
+02857	un tendon	397,30	3
+02858	deux tendons ou plus	490,55	4
+02859	supplément pour libération de contracture dans le même temps	125,60	
	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.		

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

BRAS (HUMÉRUS)*Allongement ou correction incluant l'ostéotomie*

+02892	Allongement avec ou sans greffe	1 036,55	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02839	un (1) niveau	720,05	11
+02840	deux (2) niveaux	1 130,20	14
+02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie.	888,65	11

Amputation

+02280	au bras	419,45	4
--------	-------------------	--------	---

Biopsie osseuse

+02174	à l'aiguille	23,40	3
+02175	ouverte	216,45	3

Excision

	tumeur bénigne		
+02176	sans greffe	216,45	4
+02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	503,55	5
+02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe du site de jonction	791,85	14
	tumeur maligne		
+02178	sans greffe	576,50	6
+02179	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	691,75	7
+02181	extensive avec reconstruction.	1 015,65	14
+02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe du site de jonction	1 296,50	17
+02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	222,95	5
----	excision de la tête humérale		(Voir épaule)

Exérèse

+02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus	142,80	4
--------	---	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

+02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal . .	185,40	4
+02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	300,20	4

Fasciotomie

+02011	au bras	238,60	4
--------	-------------------	--------	---

Fractures

	col chirurgical sans luxation de la tête		
+02605	réduction fermée (*)	92,45	4
+02568	réduction fermée et fixation percutanée (*)	305,10	5
+02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant (*)	597,25	5
	col chirurgical avec luxation de la tête		
+02606	réduction fermée (*)	145,40	4
+02598	réduction fermée et fixation percutanée (*)	370,90	5
+02631	réduction ouverte (*)	624,00	5
+02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa)	748,80	7
	trochin-trochiter		
+02632	réduction ouverte (*)	360,00	5
	diaphyse		
+02608	réduction fermée (*)	146,05	4
+02633	réduction ouverte (*)	682,50	5
+02911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément sus ou transcondylienne	92,15	
+02609	réduction fermée (*)	168,15	4
+02640	réduction fermée et fixation percutanée (*)	312,00	4
+02634	réduction ouverte (*)	687,90	5
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
+02610	réduction fermée (*)	71,90	4
+02912	réduction fermée et fixation percutanée (*)	245,30	5
+02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée (*)	343,95	5
+02921	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée (*)	370,90	5

Grefe osseuse

+02363	humérus	247,25	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		

Incision et drainage

+02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	287,15	4
--------	--	--------	---

Ostéotomie

+02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant	391,55	5
--------	---	--------	---

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
COUDE			
<i>Amputation</i>			
+02279	désarticulation au coude	180,55	3
<i>Arthrodèse</i>			
+02927	du coude	503,55	5
<i>Arthrolyse</i>			
+02983	radio-humérale	312,00	4
+02984	huméro-cubitale et radio-humérale	431,80	7
+02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	960,40	11
<i>Arthroplastie</i>			
+02371	simple	503,55	5
+02404	par prothèse totale	807,05	7
<i>Arthroscopie</i>			
+02985	du coude	143,60	4
+02986	du coude avec biopsie	130,55	4
+02987	du coude avec exérèse de corps étranger	216,45	4
<i>Arthrotomie</i>			
Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :			
+02039	du coude	158,35	3
+02510	du coude pour arthrite septique	288,20	4
<i>Désinsertion</i>			
+02042	épicondyliens ou épitrochléens	155,45	3
<i>Examen et manipulation</i>			
+02834	Examen et manipulation, sous anesthésie générale	119,65	3
<i>Excision</i>			
+02222	tête radiale	312,00	4
+02230	tête radiale avec remplacement	360,00	3
<i>Exérèse</i>			
+02988	de prothèse simple	143,60	4
+02989	de prothèse totale	311,90	5

		R = 1	R = 2
<i>Luxation</i>			
+02662	réduction fermée (*)	95,40	3
+02668	réduction ouverte (*)	389,70	4
+02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow)	49,85	3
<i>Neurectomie</i>			
+02129	neurectomie	312,00	5
<i>Réparation</i>			
+02197	de rupture ligamentaire	288,20	4
<i>Reconstruction</i>			
+02159	ligamentaire du coude	476,05	5
<i>Synovectomie</i>			
+02232	du coude	312,00	5
AVANT-BRAS			
<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>			
+02538	Allongement cubitus ou radius, ou les deux avec ou sans greffe	360,00	7
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02541	un (1) niveau	1 036,55	11
+02542	deux (2) niveaux	1 151,80	14
+02543	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 036,55	11
<i>Amputation</i>			
+02278	amputation	305,65	3
<i>Biopsie - radius ou cubitus</i>			
+02991	à l'aiguille	42,45	3
+02992	ouverte	238,60	4

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+09548	olécrâne avec ou sans fascia plastie	238,60	4
	tumeur - radius ou cubitus		
+02993	tumeur bénigne	158,35	4
+02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	576,50	7
+02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe	807,05	11
+02995	tumeur maligne	522,05	7
+02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	691,75	7
+02997	résection extensive et reconstruction	807,05	14
+02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéo- synthèse et l'autogreffe	921,25	14
+02723	avec prothèse, supplément	179,40	2
<i>Exérèse</i>			
+02315	plaque et vis - radius	158,35	4
+02314	plaque et vis - cubitus	158,35	4
+02316	plaque et vis - radius et cubitus	288,20	4
+02317	clou ou broche - radius ou cubitus	142,80	3
+02998	clou ou broche - radius et cubitus	125,60	3
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'arti- cle 2.12 du Préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.</i>			
<i>Fasciotomie</i>			
+02020	un compartiment	396,90	4
+02021	deux ou plusieurs compartiments	555,20	5
<i>Fractures</i>			
+02612	olécrâne - réduction fermée (*)	72,20	3
+02636	olécrâne - réduction ouverte (*)	317,80	4
	fracture de Monteggia		
+02624	réduction fermée (*)	92,45	4
+02649	réduction ouverte (*)	396,90	5
	diaphyse, apophyse coronoïde		
+02570	réduction fermée (*)	53,55	3
+02571	réduction ouverte (*)	396,90	5
	fracture - cubitus seul		
+02586	réduction fermée (*)	95,40	4
+02587	réduction ouverte (*)	343,95	4
	fracture - radius seul		
+02589	réduction fermée (*)	87,65	3
+02599	réduction ouverte (*)	389,70	5
	fracture - radius et cubitus		
+02651	réduction fermée (*)	116,80	3
+02652	réduction ouverte (*)	595,00	7

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
	fracture épiphyse distale - radius et cubitus		
+02654	réduction fermée intra ou extra-articulaire (*)	102,25	3
+02735	réduction fermée et fixation par broches (*)	201,20	4
+02736	réduction ouverte (*)	429,70	5
	tête ou col du radius		
+02769	réduction fermée (*)	91,50	3
+02361	réduction fermée et embrochage percutané (*)	204,45	4
+02770	réduction ouverte (*)	313,80	5
Grefe			
+02359	cubitus	288,20	3
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02358	radius	288,20	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02360	radius et cubitus	371,95	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
Incision et drainage			
+02900	radius	317,80	4
+02901	cubitus	317,80	4
+02902	radius et cubitus	545,10	5
Séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation			
+02903	radius	360,00	3
+02904	cubitus	360,00	4
+02905	radius et cubitus	491,60	7
Ostéotomie			
+02906	radius ou cubitus	396,90	3
+02907	radius et cubitus	555,20	7
Reconstruction			
+02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	691,75	7

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Raccourcissement incluant ostéotomie

+02908	cubitus ou radius avec ou sans greffe	429,70	4
+02909	cubitus et radius avec ou sans greffe	456,80	7
+09579	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	205,10	4
+09580	Transfert tendineux à l'avant-bras	360,00	5
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale		
+02389	Transposition et réinsertion d'un muscle à l'avant-bras . .	395,80	4
+	maximum	791,60	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

MAIN ET POIGNET*Amputation*

+02271	amputation d'une (1) ou plusieurs phalanges d'un doigt	136,30	4
+02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne	136,30	4
+09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les pha- langes	222,95	3
+02275	amputation de la main transmétacarpienne	217,55	3
+02276	désarticulation du poignet	360,00	3

Allongement

+02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 587,70 \$)	195,90	4
--------	--	--------	---

Arthrodèse

+02928	pouce	374,45	4
+02929	doigt	251,05	4
+02926	poignet	503,55	4

Arthrolyse

+02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	720,05	11
--------	---	--------	----

Arthroplastie

+02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques	241,35	4
+02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentai- res, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	431,70	5
+02372	poignet	288,20	6
+02409	prothèse totale du poignet	576,50	7
+02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exé- rèse et remplacement par prothèse	545,10	5

Arthroscopie

+02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale	168,60	4
+02958	avec débridement, supplément	115,40	
+02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	168,60	

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 jour.

Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation

NOTE : Les actes 02040, 02932, 02038 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.

+02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	95,85	3
+02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique	215,80	4
+02038	poignet	130,55	3
+02933	poignet avec arthrite septique	288,20	4

Biopsie

+02934	à l'aiguille, main et poignet	44,10	3
+02939	ouverte, main et poignet	125,90	4

Décompression

+02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transversé du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique	168,70	3
--------	---	--------	---

NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de dix (10) cm intéressant au moins deux (2) tendons fléchisseurs (C.S.)

AVIS : Voir règle 1.1.2, du préambule général.

+02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien	209,85	3
--------	--	--------	---

Excision

+02219	carpe, un (1) os ou plusieurs	222,95	4
+02895	ménisectomie radio-cubitale	261,05	3
+02139	extrémité inférieure (styloïde radiale) ou exostose du radius avec ou sans remplacement de l'extrémité distale du radius	216,45	4
+02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale) ou exostose du cubitus avec ou sans remplacement de la tête cubitale	143,60	4

		R = 1	R = 2
+02783	tumeur bénigne phalange, métacarpien (P.G. 2.4.7.7.A)	125,90	4
	<u>AVIS :</u> <i>Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).</i>		
+02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	201,30	3
+02785	carpe	143,60	4
+02786	carpe avec greffe	337,20	7
	tumeur maligne		
+02787	phalange, métacarpien	216,45	3
+02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	245,80	4
+02789	carpe	339,50	6
+02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse. . . .	456,80	7
+02791	réséction extensive et reconstruction	609,10	14

Exérèse

	prothèse		
+02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	139,10	3
+02650	carpe	216,45	4
+02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges, métacarpiens et carpe	149,90	4

Fractures

	carpe (un (1) ou plusieurs os, scaphoïde et semi-lunaire exceptés)		
+02618	réduction fermée (*)	95,40	4
+02642	réduction ouverte (*)	234,25	5
	scaphoïde, semi-lunaire		
+02620	réduction fermée (*)	95,40	3
+02643	réduction ouverte (*)	312,00	5
	métacarpien		
+02621	réduction fermée, un (1) ou plusieurs (*)	50,60	3
+02616	réduction ouverte, ou réduction fermée et fixation par broche transosseuse (*)	233,65	4
	fracture de Bennett		
+02622	réduction fermée (*)	50,60	3
+02627	réduction fermée et fixation par broche transosseuse (*)	185,95	4
+02646	réduction ouverte (*)	266,10	4
	phalange proximale et/ou moyenne (P1-P2)		
+02623	réduction fermée (*)	45,50	3
+	chaque réduction supplémentaire pour la même main	12,65	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02225	réduction fermée et embrochage percutané (*)	138,50	4
+02647	réduction ouverte (*)	201,20	4
	phalange distale (P3)		
+02626	réduction fermée (*)	30,75	3
+02628	réduction fermée et fixation par broche transosseuse (*)	123,45	3
+02648	réduction ouverte (*)	150,50	4
+02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée	155,75	4
<i>Fascia</i>			
+02554	fasciotomie compartiment interosseux, un.	136,30	4
+	(maximum)	272,60	
	pour maladie de Dupuytren		
+02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z	201,20	4
+02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z	272,55	6
<i>Grefe osseuse ou cartilagineuse ou les deux</i>			
+02658	métacarpe, phalange	222,95	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés)	186,05	3
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse)	424,10	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Incision et drainage</i>			
+02682	phalange, métacarpien	171,35	4
+02697	carpe	126,15	3
	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation		
+02698	phalange, métacarpien	114,20	4
+02699	carpe	186,05	5
+02704	abcès palmaire et gaine tendineuse	143,60	4

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Luxation

+02666	interphalangienne		
	réduction fermée, une (1) (*)	32,40	3
+	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,15	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

+02671	réduction ouverte (*)	154,40	4
	métacarpo-phalangienne		
+02664	réduction fermée, une (1) (*)	45,50	3
+	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,10	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

+02670	réduction ouverte (*)	148,45	4
	poignet		
+02663	réduction fermée (*)	92,45	3
+02669	réduction ouverte (*)	389,70	5
	carpo-métacarpienne		
+02677	réduction fermée (*)	45,50	+
+02678	réduction ouverte (*)	216,45	4
+02679	réduction fermée avec broche percutanée (*)	146,70	4

Manipulation d'articulation sous anesthésie générale

+02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	27,30	3
+02835	poignet	129,45	3

Ostéotomie

+02706	phalange proximale	215,80	3
+02713	phalange moyenne	130,55	4
+02717	phalange distale	155,75	4
+02718	métacarpe	130,55	3

Réparation

+02898	ligaments métacarpo-phalangiens	201,20	4
+02198	ligaments du poignet	271,45	4

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
+02726	métacarpo-phalangienne	238,80	4
+02160	poignet avec greffe de tissus	212,10	5
<i>Synovectomie</i>			
+02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne	136,30	4
+02741	poignet	245,80	5
<i>Syndactylie</i>			
+02377	avec greffe de commissure	391,55	4
<i>Ténotomie corrective</i>			
+02050	un (1) doigt	121,00	4
+02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet	128,45	3
<i>Tendon</i>			
+02368	transplantation d'un (1) doigt sur un (1) doigt adjacent sauf pollicisation	299,85	5
+09582	pollicisation ou transfert d'un (1) doigt à un (1) doigt non adjacent.	522,05	7
+09583	Transfert tendineux, poignet ou main	430,70	5
+	maximum.	861,40	
NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.			
+09585	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	364,75	4
Reconstruction d'un tendon (greffe tendineuse), incluant reconstruction des poulies			
+09586	en un (1) temps	391,55	7
	en deux (2) temps		
+09587	premier temps	391,55	7
+09588	deuxième temps	353,20	5

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS**HANCHE***Amputation*

+02296	désarticulation de la hanche	807,05	11
--------	--	--------	----

Arthrodèse

+02936	primaire	807,05	11
+02930	post résection de tête fémorale	804,85	14

Arthroscopie

+02419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résection de corps étranger ou de souris articulaire	370,90	3
--------	--	--------	---

Arthroplastie

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).	680,85	7
+02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	736,70	9
+02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire).	947,65	11
+02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale.	1 084,25	11
remplacement de prothèse totale après infection :			
+02249	en un (1) seul temps (incluant exérèse de prothèse).	1 246,75	14
en deux (2) temps :			
+02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation temporaire).	540,80	9
+02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale)	777,00	11
+02614	prothèse totale après arthrodèse.	1 269,90	17
+02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale.	1 320,65	17

NOTE : Aucun autre acte ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un autre médecin

+02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant).	674,40	9
+02260	remplacement de composante fémorale complète seulement.	790,00	11
+02342	remplacement de prothèse totale incluant l'exérèse des composantes fémorale et acétabulaire.	1 206,15	14
+02261	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel du fémur, supplément.	274,80	3
+02262	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel de l'acétabulum, supplément	276,50	3
+02263	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	480,90	3

		R = 1	R = 2
+02266	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel de l'acétabulum, supplément. . . .	480,90	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02261, 02262, 02263 et 02266 ne peuvent être facturés avec les codes d'actes 02747, 02748, 02702, 02700, 02500 et 02501.		
Arthrotomie			
+02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	504,05	4
Excision			
	Voir tumeur ou site anatomique		
Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)			
+02320	prothèse simple.	515,35	4
+02321	prothèse totale	624,00	7
+02794	clous ou vis	199,40	4
+02795	clou-plaque, plaque et vis	396,90	5
Luxation			
	traumatique		
+02619	réduction fermée sans anesthésie (*)	88,15	
+02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (*)	204,45	4
+02757	réduction ouverte (*)	687,90	7
	congénitale (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa)		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
+02747	unilatérale	363,40	4
+02748	bilatérale	371,95	4
+02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	807,05	7
+02700	réduction ouverte (incluant spica)	691,75	7
+02500	avec ostéotomie du bassin	889,75	9
+02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	981,05	14
Examen et manipulation			
+02849	sous anesthésie régionale ou générale	72,65	3
+02483	pour nécrose avasculaire incluant spica et, le cas échéant, les ténotomies	185,40	14
Synovectomie			
+02252	complète	624,00	7
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		
AVIS :	(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.		

Ténotomie

	adducteurs		
+02074	fermée	119,65	3
+02079	ouverte	143,60	3
+02081	psoas	216,45	3
+02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	503,55	5

Transposition et réinsertion tendineuse

+02432	abdominale	271,95	4
+02433	psoas iliaque	730,90	7

CUISSE

+02434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat	158,35	4
+02295	amputation de la cuisse	533,10	6
+02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	691,75	7
+02041	fasciotomie fémorale	288,20	4

FÉMUR**Allongement ou correction incluant ostéotomie**

	Allongement		
+02349	avec ou sans greffe	921,25	14
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
+02376	un (1) niveau	1 036,55	14
+02378	deux (2) niveaux	1 200,80	17
+02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	939,70	11
+02484	fasciectomie préalable à l'allongement	288,20	4

Biopsie

+02796	à l'aiguille	44,10	3
+02797	ouverte	216,45	4
+02719	forage et décompression de la tête fémorale	245,30	5
+02720	avec greffe osseuse, supplément	124,45	

NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.

Épiphysiodèse

+02950	fémur par greffe	503,55	4
+02952	fémur et tibia par greffe	576,50	5
+02953	fémur par crampons (agrafe)	431,80	4
+02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	503,55	4
+02798	grand trochanter	252,35	4

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+02240	tête et col	503,55	4
	tumeur bénigne col et/ou tête		
+02799	sans greffe	624,00	5
+02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	825,50	7
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
+02802	sans greffe	347,00	4
+02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	635,60	7
+02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamen- taire	1 151,80	14
	tumeur maligne		
+02808	sans greffe	635,60	7
+02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	762,65	7
+02812	résection extensive et reconstruction	1 403,35	14
+02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 296,50	17
+02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipo- laire, supplément	265,50	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
+02307	bande métallique (une ou plusieurs)	158,35	4
+02310	incluant le verrouillage proximal	308,50	4
+02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	340,05	4
+02899	plaque et vis	343,95	4
+02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, sup- plément	65,95	3
<i>Fracture</i>			
	col ou intertrochantérienne		
+02637	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (*) .	138,50	4
+02638	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (*) . .	158,35	4
	réduction ouverte		
+02687	vis percutanée (*)	476,05	7
+02716	clou et plaque (*)	597,20	9
+02714	greffe pédiculée de Judet, etc. (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa)	690,65	9
	col ou pertrochantérienne		
+02739	réduction ouverte et ostéotomie (*)	624,00	9
+02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée . .	593,30	7
+02689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	82,45	
	sous trochantérienne		
+02742	réduction ouverte (*)	811,70	9

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02690	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne réduction fermée avec ou sans anesthésie (*)	342,70	4
+02673	réduction ouverte fixation interne ou externe (*)	809,00	9
+09589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	889,75	9
+09590	verrouillage distal, supplément	148,95	2
Grefe			
+02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.	624,00	7
Incision			
+02269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistu- lectomie cutanée ou osseuse	431,80	4
+02564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aiguë	431,80	4
+02574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	469,10	4
Ostéotomie			
+02091	col fémoral	807,05	9
+02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	762,65	7
Raccourcissement de l'os			
+02405	avec ou sans greffe	807,05	9
Transfert ou transposition			
+02625	grand trochanter seul	555,20	4
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)	1 789,20	17

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

GENOU*Amputation*

02294	désarticulation du genou	449,10	4
-------	------------------------------------	--------	---

Arthrodèse

02937	simple	691,75	7
02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, dans un même temps, le cas échéant	762,65	11

Arthrolyse

02016	directe, toute voie d'approche	442,60	4
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe.	1 036,55	11

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 unicompartimentale	681,60	7
02403	prothèse totale bicompartimentale	889,75	11

+ Arthroplastie de remplacement

+18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	622,85	9
--------	--	--------	---

+ NOTE : Aucun autre acte de l'onglet Appareil musculo-squelettique ne peut être facturé au même site à la même séance.

+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)	1079,90	14
--------	--	---------	----

+	en deux temps :		
+18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	889,75	11

+18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	889,75	11
--------	--	--------	----

+18015	changement de polyéthylène seulement	508,05	6
02487	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du fémur, supplément	281,20	3

02391	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du tibia, supplément.	277,60	3
-------	--	--------	---

02392	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément.	480,90	3
-------	--	--------	---

02393	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément.	480,90	3
-------	--	--------	---

+ NOTE : Aucun autre acte de l'onglet Appareil musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487.

		R = 1	R = 2
02498	prothèse rotule seulement	508,05	5
02499	par allogreffe au fémur distal	835,35	9
02442	par allogreffe au tibia proximal.	921,25	9
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia).	1 076,80	14
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale	129,45	3
Arthroscopie			
02577	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage	200,70	3
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : ménisectomie débridement articulaire section de l'aillon externe exérèse de souris ou de corps étranger.	292,70	3
	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'aillon externe	343,95	4
Exérèse de prothèse			
02305	matériel d'ostéosynthèse rotule	155,45	4
	AVIS : <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).</i>		
09539	prothèse totale du genou, incluant le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation temporaire	600,90	4
09540	prothèse totale de rotule, incluant le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire.	288,20	3
Excision			
02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite	245,80	4
02164	kyste de Baker	312,00	4
Fracture rotule			
09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous (*)	467,40	3
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	398,45	4

Greffe ostéochondrale

02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche . NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.	380,70	4
-------	---	--------	---

Luxation

02737	genou réduction fermée incluant la surveillance (*) rotule	146,05	4
02749	réduction fermée (*)	95,40	4
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	396,90	4
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	514,05	6

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)

02107	ligament interne ou externe ou les deux	431,80	5
02102	croisé antérieur (technique intra-articulaire).	596,60	7
02110	avec tendon rotulien, supplément	141,40	2
02476	croisé antérieur (technique extra-articulaire)	503,55	7
02103	croisé antérieur (techniques intra et extra-articulaires)	624,00	7
02121	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément	129,45	
02105	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	592,25	9
02104	croisé postérieur	691,75	9
02172	croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement	735,30	11
02106	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	729,85	11
02108	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux.	789,60	14

Réparation (toute voie d'approche)

02477	ligament interne ou externe ou les deux	476,05	5
02418	croisé antérieur seul	431,80	4
02847	croisé antérieur avec augmentation	503,55	7
02425	croisé postérieur seul	503,55	7
02855	croisé postérieur avec augmentation	691,75	9
02421	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	490,55	9
02437	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	592,25	9

		R = 1	R = 2
02438	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	687,90	11
02439	chaque ménissectomie associée à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	65,95	
02475	chaque ménisque suturé associé à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	204,45	
Suture			
02822	un ménisque, toute voie d'approche	410,10	5
02059	tendon du quadriceps	515,35	4
02061	tendon rotuléen	508,55	5
Synovectomie			
02253	complète du genou, toute voie d'approche	476,05	5
TIBIA ET PÉRONÉ			
Allongement ou correction incluant ostéotomie			
Allongement			
02386	avec ou sans greffe	718,30	11
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02387	un (1) niveau	1 036,55	11
02388	deux (2) niveaux	1 151,80	14
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 036,55	11
fasciectomy préalable à allongement			
02485	1 compartiment	288,20	4
02486	2 compartiments ou plus	326,30	5
Amputation			
02292	amputation à la jambe (B.K.)	505,35	4
Biopsie			
02864	à l'aiguille	49,50	3
02865	ouverte	238,60	4
Décompression - dénervation			
fasciotomie tibiale			
02046	un (1) compartiment	216,45	4
02047	deux (2) compartiments ou plus	343,95	4
Épiphyiodèse du tibia			
02951	par greffe (Phemister)	431,80	3
02954	par crampon	360,00	3

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	687,90	6
02867	résection extensive et reconstruction	1 271,50	11
02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	258,30	4
02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	600,90	5
02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	888,65	14
02870	tumeur maligne	599,70	5
02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	691,75	9
02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 429,40	17
02597	avec prothèse totale, supplément	245,30	4
<i>Exérèse</i>			
02309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (**).	142,80	4
02872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné (**).	143,60	4
02299	plaque plus vis - tibia ou péroné	171,35	4
02873	plaque plus vis - tibia et péroné	343,95	4
<i>Fractures</i>			
péroné seul			
02705	réduction fermée (*)	50,60	4
02725	réduction ouverte (*)	234,25	3
tibia (avec ou sans péroné)			
02694	réduction fermée (*)	146,05	4
réduction ouverte			
02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe (*)	600,90	5
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	600,90	5
09592	verrouillage distal, supplément	149,90	2
02721	épiphyse proximale plateau (un (1) ou deux (2))	595,75	5
02743	pilon tibial	687,90	5
<i>Greffe osseuse</i>			
02874	pour pseudarthrose congénitale	807,05	7
02413	simple tibia et/ou péroné	467,40	4
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
02414	par transposition du péroné	522,05	5
AVIS :			
(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.			
(**) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).			

		R = 1	R = 2
<i>Incision et drainage</i>			
02875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	336,40	4
02876	forage ou fenestration de la corticale	309,50	4
02877	saucérisation (mise à plat)	288,20	4
02878	séquestrectomie avec ou sans greffe	317,80	4
<i>Ostéotomie</i>			
02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	624,00	6
02068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	503,60	5
02030	du péroné	158,35	4
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage . .	691,75	9
CHEVILLE			
<i>Amputation</i>			
02291	type Syme	545,10	4
<i>Arthrodèse</i>			
02944	pan-arthrodèse	691,75	9
02938	tibio-tarsienne	681,85	5
<i>Arthrolyse</i>			
02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 142,80	11
<i>Arthroplastie</i>			
02420	simple de la cheville	324,95	4
02408	totale de la cheville (prothèse)	730,90	7
<i>Arthroscopie</i>			
02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie	125,60	3
02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : - résection de souris ou de corps étranger - résection d'ostéophyte - forage ou chondroplastie d'abrasion	305,10	5
<i>Arthrotomie</i>			
Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :			
02880	avec ostéotomie malléolaire	389,70	6
02057	simple de cheville	312,00	3
02882	avec arthrite septique	360,00	4

		R = 1	R = 2
<i>Décompression - dénévation</i>			
02883	décompression - sinus du tarse	130,55	4
02884	décompression - tunnel tarsien	143,60	4
02885	neurectomie cheville	186,05	3
<i>Exérèse</i>			
09541	de prothèse totale de cheville	216,45	4
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
02304	uni-malléolaire	142,80	4
02306	bi ou tri-malléolaire	155,45	4
<i>Fracture</i>			
02708	uni, bi, tri-malléolaire réduction fermée (*)	95,40	4
	réduction ouverte		
02727	uni-malléolaire (*)	343,95	4
09542	bi-malléolaire (*)	515,35	5
02886	tri-malléolaire (*)	600,90	5
02887	malléolaire avec déchirure ligamentaire (*)	505,70	4
<i>Luxation</i>			
02751	réduction fermée (*)	87,65	3
02888	réduction ouverte incluant réparation ligamentaire (*) ..	515,35	5
<i>Manipulation</i>			
02851	cheville	142,80	3
<i>Reconstruction - réparation</i>			
02161	reconstruction ligamentaire	360,00	4
02199	réparation ligamentaire (immédiate)	288,20	4
	réparation tendon d'Achille		
02441	immédiate	429,70	4
02889	tardive	476,05	3
<i>Synovectomie</i>			
09543	cheville	396,90	4
<i>Ténotomie (tendon d'Achille)</i>			
02075	fermée	119,65	3
02080	ouverte	143,60	3
<i>Transposition tendineuse</i>			
09544	une	360,00	4
09545	deux ou plusieurs	503,55	5

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

PIED*Allongement incluant l'ostéotomie*

02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	807,05	6
-------	--	--------	---

Amputation

02267	médio-tarsienne ou transmétatarsienne	396,90	4
02287	un métatarsien en rayon	136,30	4
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (**).	27,25	
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil	141,05	4
	chaque orteil supplémentaire (*) (**).	33,35	

Arthrodèse

02943	médio-tarsienne ou sous-astragalienne ou triple arthrodèse	687,90	5
02949	articulation de Lisfranc.	288,20	4
02946	articulation métatarso-phalangienne	317,80	4
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil.	142,80	3
	chaque orteil supplémentaire (*)	38,95	

Arthrolyse

02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	807,05	5
-------	---	--------	---

Arthroscopie

09500	pied	123,55	4
-------	----------------	--------	---

Arthrotomie

Arthrotomie incluant, le cas échéant :
la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire

02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite	119,65	4
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite	245,30	4
09501	pour arthrite septique.	238,60	4

Biopsie

09502	à l'aiguille ou au trocart	47,75	3
02247	ouverte	168,60	4

AVIS :

(*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

(**) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

Excision

+02244	complète d'astragale ou de calcanéum.	337,20	7
+02241	barre tarsienne	360,00	4
+02234	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant	258,30	4
+02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire	158,35	4
+02242	tête métatarsienne	135,95	4
+	chaque tête métatarsienne supplémentaire pour le même pied	27,10	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.*

+02245	os sésamoïde	143,60	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne		
	calcanéum ou astragale		
+09505	sans greffe	258,30	4
+09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. os mineurs	396,90	5
+09507	sans greffe	155,45	4
+09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	311,90	4
	tumeur maligne		
	calcanéum ou astragale		
+09509	sans greffe	303,50	6
+09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant. os mineurs	435,05	7
+09511	sans greffe	195,80	4
+09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	261,05	3

Exérèse

+09513	prothèse	155,40	4
+09514	vis, broche, fils, clou, plaque	142,80	3

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir l'article 2.12 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique).*

Grefe

+09515	calcanéum ou astragale	392,60	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
+09516	os mineur	238,60	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Fracture

	calcaneum ou astragale		
+02710	réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale (*)	142,80	3
+02744	réduction fermée avec embrochage percutané (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	360,00	5
+02730	réduction ouverte (*)	545,10	4
+02734	arthrodèse primaire (*)	555,20	5
	tarse (astragale et calcaneum exceptés)		
	un ou plusieurs		
+02709	réduction fermée (*)	92,45	4
+02729	réduction ouverte (*)	389,55	5
	métatarsien		
+02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (*)	50,60	3
+02691	réduction fermée avec embrochage percutané (*)	131,90	3
+	chaque métatarsien supplémentaire	36,05	
	réduction ouverte		
+02731	un (1) (*)	158,35	4
+02732	plusieurs au même pied (*)	374,45	3
	phalange		
+02712	réduction fermée (*)	38,55	3
+	chaque supplémentaire pour le même pied	10,25	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

+02692	réduction fermée avec embrochage percutané (*)	129,40	3
+	chaque orteil supplémentaire pour le même pied	35,25	
+02733	réduction ouverte (*)	171,35	4

Incision - drainage

+09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse	138,80	4
+09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur	129,90	4
+09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcaneum ou d'astragale	216,45	4

Luxation

	tarse		
+02752	réduction fermée (*)	92,45	4
+02765	réduction fermée et fixation percutanée (*)	243,70	4
+02764	réduction ouverte (*)	305,80	4

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
+02754	métatarso-phalangienne		
	réduction fermée (*)	38,95	3
+	chaque réduction supplémentaire pour le même pied .	10,40	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02766	réduction ouverte (*)	155,45	4
	interphalangienne		
+02756	réduction fermée (*)	25,60	3
+	chaque réduction supplémentaire pour le même pied .	10,25	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02767	réduction ouverte (*)	133,00	4
	Manipulation		
+09532	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	127,50	3
	Ostéotomie		
+02060	calcanéum, astragale ou tarse	317,80	5
+09524	métatarse	158,35	4
+09563	phalange	143,60	4
	Reconstruction		
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
+09528	un (1)	143,60	4
+09529	plusieurs	503,55	5
+02049	syndactylie pour orteil	126,15	4
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
+09564	un (1)	125,60	4
+	chaque orteil supplémentaire du même pied	25,00	
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
+09530	un (1)	396,90	4
+09531	plusieurs	503,55	5
+02436	ténodèse, pied	288,20	3
	Reconstruction de la 1 ^{re} articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
+09593	sans ostéotomie	234,25	4
+02069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne .	292,70	4

AVIS : (*) Actes soumis à l'article 2.01, 3^e alinéa du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

		R = 1	R = 2
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
+09595	hémi-arthroplastie	234,25	4
+09596	arthroplastie totale	343,95	4
+09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant . .	336,40	4
+02529	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	143,60	4
+02550	arthroplastie de résection interphalangienne pour correction d'orteil en griffe, incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	138,50	4
+	chaque orteil supplémentaire du même pied	27,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'orteils dans la case UNITÉS.		
+02422	pour chevauchement du 5 ^e orteil, toute technique	143,60	4
	pied bot ou astragale vertical		
+02553	allongement ouvert du tendon d'Achille	125,60	4
+02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	370,90	5
+02556	relâchement antérieur	370,90	5
+02557	relâchement plantaire extensif	408,90	5
+02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	430,70	6
+02560	relâchement postéro-médian	687,90	11
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
+02563	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 081,55	14
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
	Synovectomie		
+02248	orteil	149,35	3
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
	Ténotomie		
	fermée		
+02071	un (1) orteil	43,50	3
+02072	plusieurs orteils	119,65	3
+02073	fascia plantaire (Steindler)	119,65	3
	sous vision directe		
+02076	un (1) orteil	143,60	3
+02077	plusieurs orteils	185,95	3
+02078	fascia plantaire (Steindler)	143,60	3

BOURSE SÉREUSE*Drainage*

+02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	171,35	4
--------	---	--------	---

Excision

+02212	bourse calcanéenne (talon)	143,60	3
+02236	bourse olécrânienne	171,35	3
+02235	bourse huméro-radiale	130,55	3
+02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétiibiale	142,80	3
+02255	bourse péritrochantérienne	119,65	3
+02233	bourse sous-deltoïdienne	143,60	3
+09534	bourse ischiatique	195,80	3

Incision - exérèse

+02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	171,35	4
--------	---	--------	---

MUSCLES*Allongement*

+09535	allongement musculaire	317,80	3
--------	------------------------------	--------	---

Exérèse

+02190	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale simple	142,80	4
+02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	287,80	4

Excision

+09536	raccourcissement musculaire	195,80	4
+02208	résection de muscle (myectomie) simple	238,60	4
+02209	résection de muscle (myectomie) extensive	360,00	5
+02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	261,05	5
+02023	section du sterno-cléido-mastoïdien (torticolis congénital)	282,60	4
+02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	216,45	3
+02152	excision tumeur bénigne	233,65	3
+02153	excision tumeur maligne	505,40	4
+02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	408,90	7

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Reconstruction - réparation

+02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) .	277,35	6
+02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire	201,20	4
+02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral.	538,35	9

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONEVROSES ET LIGAMENTS*Excision*

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
+02201	une (1)	171,35	4
+02202	plusieurs	241,35	4
+09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial	134,55	3

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.

+02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	216,45	3
+02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.G. 2.4.7.7.A) (**).	136,30	3
+02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	311,60	4

Incision et exérèse

+02200	exploration, sans réparation, d'un tendon, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7.A) (**).	32,10	2
+02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger	113,90	3

NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.

+02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger	139,10	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

+09597	Tenolyse d'un doigt, une (1) ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance	363,40	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

+02327	Ténodèse articulaire à un doigt	163,15	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		

AVIS :

(**) Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).

Reconstruction - Réparation

+02326	greffe tendineuse, autre site que main ou poignet (P.G. 2.4.7.7.A) (**)	287,80	3
	suture		
	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
+02396	tendon extenseur (du même membre)	178,50	4
+	maximum	535,50	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
	tendon fléchisseur (du même membre)		
+02397	un (1) - réparation immédiate ou tardive.	272,60	4
+	maximum	817,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc.		
+	un (1) tendon	257,00	4
+	maximum	1 028,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		
+02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale).	277,35	6
+02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale).	369,80	7

DIVERS

+02863	Immobilisation temporaire de fracture avec ou sans réduction temporaire qui nécessite un transfert à un autre médecin	15,30	
	application de stimulateurs électriques		
+02488	externes	89,95	3
+02489	percutanés	110,85	3
+02490	internes	163,15	4
+02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	127,50	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin à la même séance.		

AVIS : (**) Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).

		R = 1	R = 2
+02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	146,70	4
+02301	exérèse de clou ou broche pour traction	30,00	3
+02328	exérèse de prothèse ailleurs	155,45	4
+02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs	129,45	4
+02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	14,20	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
+09547	os majeur	107,45	4
+09546	os mineur	93,30	3
+02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique	143,60	4
+02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	143,60	4

Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »
(coût du matériel non inclus)

	extrémités		
+02820	doigt	26,50	2
+02823	main	26,95	2
+02848	pied	26,95	2
+02800	membre supérieur (bras, coude, avant-bras) ou inférieur (cuisse, genou, jambe)	35,05	2
+02807	« taping » du pied ou de la cheville	31,65	2
+02824	spica de l'épaule	66,20	2
+02809	minerve	65,50	2
+02810	corset plâtré	66,20	2
+02842	spica de la hanche (unilatéral ou bilatéral)	66,20	2

Appareillage fonctionnel

Application d'attelles correctrices sans fracture ni luxation (v.g. pour arthrite) incluant les attaches et l'imperméabilisation, mais n'incluant pas le coût du matériel.

+ Ces honoraires s'appliquent quand les attelles sont fabriquées au bureau du médecin. La prestation est réduite de 5,20 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 5,45 \$ au 1^{er} janvier 2012 quand l'attelle est fabriquée à l'hôpital. **(MOD 067)**

AVIS : *Inscrire dans la case MOD le modificateur 067 sur la même ligne que le code d'acte concerné et, dans la case HONORAIRES, le tarif de cet acte diminué de 5,45 \$.*

+02804	tibia	89,95	2
+02805	fémur	123,35	2
+02806	avant-bras	71,40	2
+02817	cou	20,65	
	membre supérieur		
+02829	épaule	24,25	
+02827	coude	18,70	
+02828	main et poignet	20,25	

		R = 1	R = 2
	membre inférieur		
+02852	toute la jambe (moitié de cuisse jusqu'aux orteils)	24,85	
+02853	genou	19,10	
+02854	sous-genou (incluant le pied)	19,10	
+02381	prise de greffon osseux par un médecin autre que le premier intervenant	158,35	
+02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une (1) ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux unilatéral	238,60	5
+02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	135,95	3

Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS : Les actes suivants de 02423, 02424, 02427 à 02431 et 02530 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.

+02430	astragale	225,15	
+02423	bassin	431,80	
+02431	calcaneum	119,65	
+02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	360,00	
+02428	humérus	288,20	
+02530	peau	326,30	
+02429	radius ou cubitus	261,05	
+02427	tibia	288,20	

*Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs,
artères, veines, sous microscope)*

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie
ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

+02355	avant-bras	1 522,70	17
+02356	bras.	1 522,70	17
+02352	doigt (incluant au moins une articulation)	1 087,60	17
+02357	épaule.	1 957,75	17
+02354	poignet	1 522,70	17

Microanastomose (grossissement 5X et plus) :

+02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine	599,55	9
+02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	978,90	14
+02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	391,55	7

NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le
même patient à la même séance.

INDEX

Page

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

Nez	H-2
Naso-pharynx	H-3
Sinus	H-4
Larynx	H-5
Trachée	H-6
Bronches	H-7
Médiastin	H-7
Poumons et plèvre	H-8

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir la règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).*

*Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.***

NEZ*Incision*

+03000	Abcès ou hématome de la cloison drainage (P.G. 2.4.7.7 A)	26,70	3
+03003	drainage avec implantation immédiate de substance. . .	117,50	4
+03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	70,70	4

Excision

+03101	Turbinectomie toutes méthodes unilatérale partielle ou queue de cornet.	30,60	2
+03102	bilatérale	42,45	2
+03160	Polypectomie nasale unique (P.G. 2.4.7.7 A)	13,60	3
+03172	multiple	42,45	3
+03173	multiple bilatérale	63,10	3
+03161	polype des choanes	48,70	3
+03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	141,40	4
+03200	Amenuisement d'un (1) ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie) (résection sous-muqueuse d'un cornet)	92,45	2
+03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	33,55	1
+03207	Cryochirurgie d'un cornet du nez	60,95	2
+03208	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx	133,15	3
+03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	152,30	3
+03239	Amputation nasale.	248,85	3

Réparation

+03301	Cautérisation de cornet, unilatérale	21,30	4
+03320	Septodermoplastie	181,60	3
+03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic	195,80	4

		R = 1	R = 2
03343	Cure de sténose de valves nasales (*)	C.S.	3
+03322	Cure de perforation de la cloison	181,60	2
+03367	Mise en place d'un bouton de silastic	60,95	4
+03323	Septorhinoplastie partielle (excluant les ostéotomies)	237,10	3
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
+03225	par voie endonasale	303,45	4
+03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	380,70	7
+03325	Collumelloplastie seule	141,40	4
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou post-chirurgicale (*)	C.S.	5
+03327	Greffe composée	163,15	5
+03328	Rhinophyma rasage	239,85	5
03329	Correction plastique d'un rhinophyma (*)	C.S.	5
	Chirurgie correctrice de rhinite atrophique :		
+03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	118,60	4
+03331	par greffe autogène	181,60	4
	Atrésie d'une choane		
+03340	approche nasale antérieure sous microscope	233,85	11
+03341	ponction et insertion de tube	63,35	11
+03342	approche par voie transpalatine	239,30	3
+03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic	12,75	3

Manipulation

	Épistaxis		
+03804	cautérisation de la cloison	6,85	3
+03806	électrocautérisation	13,95	3
	tamponnement nasal		
+03801	antérieur, par mèche	13,65	2
+03809	antérieur et postérieur (P.G. 2.4.7.7 A)	38,95	3
+03807	tube gonflable (P.G. 2.4.7.7 A)	72,65	3
+03808	par mèche et tampon rhino-pharyngé (P.G. 2.4.7.7 B)	107,45	4
+03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	128,35	4
+03810	ligature intra-nasale de l'artère sphéno-palatine	334,55	7

Corps étranger

	Extraction de corps étranger du nez		
+03002	par rhinotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	42,35	3
+03194	par rhinoscopie	13,75	3
+03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	45,90	3

NASO-PHARYNX

Excision

+03165	Exérèse de tumeur par voie intranasale	63,10	4
--------	--	-------	---

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

		R = 1	R = 2
+03166	par voie transpalatine	237,10	6
+03167	par voie naso-pharyngée	118,60	4
03168	par voie cervicale (*)	C.S.	6
	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur		
+03158	bénigne	95,75	4
+03159	maligne	181,60	3
03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane (*)	C.S.	3
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome (*)	C.S.	7

Réparation

+03337	Réparation de fistule oro-nasale	56,55	3
+03338	Correction de difformités postsinusectomie radicale	163,15	4
+03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	424,20	7
+03369	avec greffe adipeuse (supplément)	95,05	
+03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du naso-pharynx	42,80	3

SINUS

Incision

+03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne, infundibulectomie)	76,00	4
+03008	Sinusotomie frontale par voie externe (trépanation avec ou sans insertion de cathéter)	118,60	4
+03005	Sinusotomie sphénoïdale	79,65	4

Excision

+03105	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) : unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant	204,45	4
+03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine)	187,10	3
+03215	Sinusectomie frontale externe radicale	374,15	5
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
+03110	antérieure unilatérale	152,30	4
+03111	antérieure et postérieure unilatérale	175,10	4
+03112	avec sphénoïdectomie	211,05	4
+03113	avec sphénoïdectomie	257,80	4
+03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	319,95	4
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant :		
+03210	par voie intranasale	152,30	4
+03211	par voie transpalatine	351,35	4

NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

		R = 1	R = 2
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
+ 03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire.	420,90	5
+ 03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire.	479,65	9
	avec exentération de l'orbite :		
+ 03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire.	479,65	9
+ 03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire.	596,05	11
+ 03246	Sinusectomie sphénoïdale par voie transseptale.	292,60	5
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale		
+ 03247	ligature de l'artère maxillaire interne	368,70	5
+ 03248	ganglionectomie sphéno-palatine.	348,00	6
+ 03249	section de V2.	383,45	5
+ 03250	Biopsie	383,60	5
+ 03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale.	348,00	5
Réparation			
	Fermeture de fistule antro-orale		
+ 03345	avec Caldwell-Luc	212,10	3
+ 03346	avec lambeau	233,85	3
+ 03347	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou prothèse	303,45	7
03348	Cure d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR) par lambeau pédiculé intranasal	C.S.	12
<u>AVIS</u> : Voir règle 1.1.2 du préambule général.			
LARYNX			
Incision			
+ 03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	181,60	5
03018	Thyrotomie pour sténose laryngée.	C.S.	5
<u>AVIS</u> : Voir règle 1.1.2 du préambule général.			
Introduction			
	Laryngoscopie incluant la biopsie		
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, unilatérale		
+ 03039	directe (P.G. 2.9)	141,50	4
+ 03040	à suspension (P.G. 2.9)	145,80	4
+ 03041	au microscope (P.G. 2.9)	200,20	4
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, bilatérale		
+ 03042	directe (P.G. 2.9)	160,65	4
+ 03043	à suspension (P.G. 2.9)	200,20	4
+ 03044	au microscope (P.G. 2.9)	212,10	4
+ 03045	avec injection de substance plastique pour combler une corde vocale (P.G. 2.9)	192,70	4
+ 03046	microchirurgie sous-glottique au laser	217,55	5

Excision

	Laryngectomie		
+03015	partielle verticale	266,45	7
+03012	fronto-latérale	277,35	7
+03115	sus-glottique	424,20	9
+03220	totale	467,70	12
	Aryténoïdopexie et/ou aryténoïdectomie		
+03241	par voie endolaryngée	233,85	3
+03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	239,30	3
+03242	par voie externe	293,80	4
+03243	reconstructive (laryngectomie)	418,70	7
+03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	266,45	5
+03227	Laryngectomie et pharyngectomie totale	533,00	11

Réparation

03349	Laryngoplastie (*)	C.S.	7
03363	Cure de laryngocèle (*)	C.S.	7
+03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	168,60	4
03364	Fistulisation externe postlaryngectomie pour réhabilitation (*)	C.S.	5
+03334	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	380,70	7

TRACHÉE

Incision

+03019	Trachéotomie	127,25	6
+03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	58,75	
+03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	141,25	4

Excision

	Résection trachéale avec reconstruction		
+03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	456,80	9
+03179	trachée cervicale incluant le crycoïde	685,20	11
+03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	728,70	11
+03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	913,65	14

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

Réparation

	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
+03315	par excision de tissu cicatriciel	108,75	4
+03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M.	108,75	4
+03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale	91,35	4
	Fermeture de fistule		
+03351	trachéale post-traumatique	181,60	4
+03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	467,70	12
+03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autre	181,60	4
	Trachéoplastie		
+03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	424,20	7
+03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	511,25	11
	Trachéorrhaphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique)		
+03353	cervicale	456,80	9
+03355	au niveau thoracique	594,10	11
+03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	870,15	14

BRONCHES

Réparation

	Bronchoplastie		
+03357	correction de sténose et anastomose	543,80	11
	Fistule broncho-pleurale		
+03372	fermeture simple par thoracotomie	376,80	10
+03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	599,55	11
+03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	489,50	11

AVIS : *Inscrire la raison de la bronchotomie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

MÉDIASTIN

Incision

	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
+03035	voie cervicale	302,45	4
+03036	voie thoracique	349,75	7
+03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	445,10	11

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin . . .	425,30	9
+03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome.	599,50	11
+03240	Thymectomie	423,85	9
<i>Réparation</i>			
+03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	382,70	8
POUMONS ET PLÈVRE			
<i>Incision</i>			
+03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire.	179,40	8
	Traitement d'empyème		
+03032	par costectomie et drainage ouvert	152,30	5
+03033	par pleurotomie et drainage fermé.	80,45	2
+03034	par procédure de Claggett.	152,30	3
+03023	par thoracoplastie et drainage	221,80	5
	Traitement d'épanchement pleural		
+03038	par pleurotomie, drainage fermé et pleurodèse	164,40	5
	Thoracotomie		
+03026	pour contrôle d'hémorragie	389,45	9
+03028	exploratrice, avec exérèse de corps étranger.	326,30	9
+03120	exploratrice avec biopsie	385,00	11
+03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie.	441,65	9
+03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois.	490,25	9
+03017	pleurectomie partielle, supplément	32,45	
+03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardio-respiratoire.	142,80	9
+03031	Décortication totale du poumon, non complémentaire à un autre acte chirurgical associé à la même séance opératoire	571,30	11
<i>Excision</i>			
+03122	Résection cunéiforme (Wedge) ou énucléation	374,75	11
+03140	chaque résection additionnelle, maximum trois (3), supplément	62,40	
+03124	Segmentectomie simple incluant broches et artère segmentaire.	678,40	11
+03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire.	671,10	11
+03126	segmentectomie supplémentaire, supplément	117,75	
+03127	lobectomie moyenne (côté droit) supplément	124,95	
+03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	179,95	
+03129	avec bronchoplastie, supplément	118,70	
+03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	26,25	
+03131	résection de paroi thoracique avec reconstruction prosthétique, tous types, supplément	187,35	

		R = 1	R = 2
+03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	901,60	14
	Pneumonectomie simple		
+03133	avec ou sans évidement ganglionnaire	662,00	11
+03134	avec péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	68,70	
+03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	25,15	
+03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	149,90	
+03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	174,05	
+03138	Pneumonectomie extrapleurale	652,60	11
+03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	690,65	11
+03139	Lobectomie, réintervention plus de trente (30) jours après l'intervention initiale, supplément	125,90	
+03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	309,95	8
+03252	réintervention plus de trente (30) jours après, supplément	114,20	

Réparation

03365	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	11
-------	--	------	----

AVIS : Voir règle 1.1.2 du préambule général.

Collapsothérapie

	Thoracoplastie, incluant apicolyse		
	premier stade		
+03374	minimum de trois (3) côtes	235,45	6
+	chaque côte supplémentaire	70,65	
+03311	deuxième stade	108,75	5
+03312	troisième stade.	108,75	5
	Pneumolyse		
+03313	intrapleurale	108,75	5
+03314	extrapleurale	174,05	3
+03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	65,25	3

INDEX

#		Page
	J - SYSTÈME CARDIAQUE	
	Actes généraux	J-2
	Coeur et péricarde	J-3
	Chirurgie coronarienne	J-7
	Stimulateur cardiaque	J-7
	Chirurgie de l'arythmie	J-8
	Appareil vasculaire thoracique	J-8
	Non thoracique	J-9
	Veines, varices et ulcères variqueux	J-13

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention du système cardiaque pratiquée à la même séance.

ACTES GÉNÉRAUX

	Ballon intra-aortique		
+04502	installation	187,35	9
+04503	surveillance, par jour, par patient	62,40	
+04504	exérèse, incluant l'exérèse, avec fermeture de l'artère, avec ou sans plastie	125,95	9
+04505	Fermeture de déhiscence du sternum (P.G. 2.9)	343,50	8
+04506	Mise à plat du sternum	312,30	8

Circulation assistée

	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
+04508	installation par canulation périphérique (P.G. 2.9)	435,05	17
+04517	Installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (P.G.2.9)	1 160,75	17
+04509	surveillance, par jour, par patient (P.G. 2.9)	194,65	
+04510	exérèse (P.G. 2.9)	419,70	9
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
+04511	installation	4 371,50	17
+04512	surveillance, par jour, par patient	179,95	
+04513	exérèse	824,15	17
+04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	256,00	
+04515	Suture de greffe, ou shunt de Gott pour dérivation temporaire, supplément (P.G. 2.9)	199,85	
+04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé de type « Cell Saver » (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9)	87,35	
	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 (P.G. 2.9)	302,30	
+04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	151,05	

Transplantation

+04522	Cardectomie, intervention chez le donneur (P.G. 2.9) . . .	337,20	11
	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche		
+04523	un (P.G. 2.9)	380,70	
+04524	deux (P.G. 2.9)	479,65	
+04526	Prélèvement en bloc : coeur-poumons	489,50	11

AVIS : Les actes **04522, 04523, 04524 et 04526** 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.

Inscrire un « A » dans la case C.S. et indiquer le numéro d'assurance maladie du receveur dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+04527	Pneumonectomie, intervention chez le donneur	489,50	11
+04530	Transplantation pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	2 719,15	17
+04528	Transplantation cardiaque « C » (P.G. 2.9)	2 498,00	17
+04529	Transplantation coeur-poumons « C » (P.G. 2.9)	3 806,80	17
	Exérèse d'électrode(s)		
	par voie endocavitaire		
+04490	une électrode, supplément (P.G. 2.9)	54,40	
+04491	deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)	108,75	
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
+04493	aucune électrode réimplantée, supplément (P.G. 2.9) . .	119,90	
+04494	une électrode, supplément (P.G. 2.9)	190,35	
+04495	deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)	217,55	
+04497	Installation d'un support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale), supplément	1 903,40	
+04498	Installation d'un ballon intra-aortique, supplément	81,60	

COEUR ET PÉRICARDE

Incision

+04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (P.G. 2.9)	387,20	17
+04533	Réexploration médiastinale pour saignement « C » (P.G. 2.9)	312,30	9

Excision

+04536	Biopsie cardiaque ouverte (P.G. 2.9)	324,80	9
+04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	839,45	17
+04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	999,25	17

		R = 1	R = 2
+04539	Péricardectomie pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie	574,50	11
+04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (P.G. 2.9)	353,10	9
Réparation			
+	NOTE : Lors d'une chirurgie valvulaire, l'approche trans- septale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 326 \$.		
AVIS : Utiliser le MOD 140.			
+04542	Valvule aortique valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (P.G. 2.9)	959,25	17
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.		
+04543	Remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	999,25	17
+04544	aortoplastie ou annuloplastie par procédure de Nick ou de Manouguian, supplément (P.G. 2.9)	249,80	
+04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 124,10	17
+04546	Remplacement par technique de Ross (sans autre inter- vention vasculaire « C ») (P.G. 2.9)	2 093,75	17
+04547	Procédure de Konno « C » (P.G. 2.9)	1 903,40	17
+04548	Procédure de Ross-Konno « C » (P.G. 2.9)	2 997,85	17
	Valvule mitrale		
+04550	commisurotomie (P.G. 2.9)	719,45	17
+04551	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	999,25	17
+04554	annuloplastie	999,25	17
+04555	valvuloplastie mitrale incluant l'annuloplastie de rem- odelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection (P.G. 2.9)	1 249,00	17
+04553	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 199,15	17
	Valvule tricuspide		
+04556	fait sans autre intervention cardiaque à la même séance commisurotomie (P.G. 2.9)	435,05	14
+04557	remplacement (P.G. 2.9)	649,50	14
+04558	valvuloplastie et annuloplastie (P.G. 2.9)	649,50	17
+04559	fait lors d'une chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	249,80	
	Valvule pulmonaire		
+04561	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (P.G. 2.9) .	719,45	17
+04562	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	999,25	17
+04563	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 079,25	17
+04564	Réintervention pour chirurgie valvulaire incluant l'ex- traction de la prothèse, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	312,30	

		R = 1	R = 2
	Oreillettes		
+04567	création de communication interauriculaire, procédé de Blalock-Hanlon ou autres « C » (P.G. 2.9)	623,55	11
+04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (P.G. 2.9)	839,40	17
+04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum, plastie mitrale, CIA secundum) « C » (P.G. 2.9)	1 468,35	17
+04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV plastie tricuspидienne, CIA secundum (P.G. 2.9)	1 957,75	17
+04571	réparation d'une communication interauriculaire avec drainage pulmonaire veineux anormal « C » (P.G. 2.9) .	920,90	17
+04572	atrioseptopexie pour drainage pulmonaire veineux anormal ou transposition des vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 631,50	17
+04573	opération de Fontan (P.G. 2.9) « C »	2 175,35	17
	Ventricules		
	réparation d'une communication interventriculaire :		
+04576	unique ou postinfarctus (P.G. 2.9)	1 249,00	17
+04577	multiple (P.G. 2.9)	1 631,50	17
+04578	agrandissement ou création de communication inter-ventriculaire (P.G. 2.9)	870,15	17
+04579	Conduit interne du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 631,50	17
+	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 2 719 \$ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin 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.		
+04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 631,50	17
+04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (P.G. 2.9) .	999,25	17
+04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (P.G. 2.9)	1 249,00	17
+04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (P.G. 2.9)	1 631,50	17
+04585	Réparation d'anévrisme ventriculaire (P.G. 2.9)	624,50	17
+04586	Cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	761,35	17
+04587	Réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (P.G. 2.9)	624,50	17
	Cardiographie :		
+04588	suture pour laceration cardiaque non iatrogénique (P.G. 2.9)	624,50	11
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		5
+04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch artériel ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (P.G. 2.9)	3 262,95	17

		R = 1	R = 2
+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) (P.G. 2.9) « C »	2 943,30	17
+04592	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique avec réimplantation des coronaires (procédure de Bentall, de Cabrol ou de boutons de Carrel) (P.G. 2.9) « C »	2 123,30	17
+04593	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique sans réimplantation des coronaires (P.G. 2.9) « C »	1 498,75	17
+04594	Remplacement de l'aorte ascendante pour dissection incluant la valvuloplastie aortique de suspension (P.G. 2.9) « C »	1 686,20	17
	NOTE : Les suppléments suivants s'appliquent aux codes d'acte 04592, 04593 et 04594.		
	Valvule mitrale :		
+04847	commisurotomie, supplément (P.G. 2.9)	326,30	
+04848	remplacement par prothèse valvulaire, supplément (P.G. 2.9)	470,90	
+04849	valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection, supplément (P.G. 2.9)	624,50	
+04850	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéngreffe sans support, supplément	543,80	
	Valvule tricuspéidienne :		
+04854	commisurotomie, supplément (P.G. 2.9)	217,55	
+04855	remplacement, supplément (P.G. 2.9)	282,80	
+04856	valvuloplastie et annuloplastie, supplément (P.G. 2.9) . .	311,80	
	Thrombo-endarctérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
+04860	unique, supplément (P.G. 2.9)	405,90	
+04861	deux, supplément	499,55	
+04862	trois, supplément	569,60	
+04863	quatre, supplément	543,80	
+04864	cinq, supplément	629,55	
+04865	six et plus, supplément	625,40	
+04595	Remplacement en continuité d'une hémi-crosse aortique, (hémi-arch) par languette de greffon, supplément (P.G. 2.9)	312,30	
+04596	Remplacement en continuité de la crosse aortique avec collerette pour les vaisseaux de la base, supplément . .	624,50	
	NOTE : Un seul des deux suppléments ci-dessus peut s'ajouter à un remplacement de l'aorte ascendante.		
+04597	Réintervention pour chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	312,30	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre supplément pour intervention.		
+04598	Anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante « C » (P.G. 2.9)	1 305,15	17

CHIRURGIE CORONARIENNE

Réparation

	Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
+04601	unique (P.G. 2.9)	811,90	17
+04602	deux	999,25	17
+04603	trois	1 186,55	17
+04604	quatre	1 249,00	17
+04605	cinq	1 311,40	17
+04606	six et plus	1 436,35	17
+04600	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, supplément	326,30	
	Prélèvement de greffons artériels autologues		
+04607	un greffon, supplément	93,75	
+04611	deux greffons, supplément	124,95	
+04612	trois greffons ou plus, supplément	156,15	
+04608	Chirurgie coronarienne à coeur battant toute voie d'approche, supplément	256,00	
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
+04609	Réintervention pour pontage coronarien, un ou plusieurs, incluant la péricardectomie, supplément	312,30	
+04610	Pour correction de coronaire aberrante (P.G. 2.9)	1 087,60	17

STIMULATEUR CARDIAQUE

	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
+04825	une électrode (P.G. 2.9)	294,30	6
+04826	deux électrodes (P.G. 2.9)	389,45	6
+04827	par voie thoracique, supplément	62,40	
+04829	Repositionnement d'électrode(s) (P.G. 2.9)	176,65	5
+04830	par voie thoracique, supplément	54,40	
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien toute voie d'approche	652,60	7
+04832	Exérèse d'électrode(s) par voie endocavitaire		
+04834	une électrode (P.G. 2.9)	117,75	5
+04835	deux électrodes (P.G. 2.9)	217,55	5
+04836	par voie thoracique	217,55	6
+04837	avec circulation extracorporelle (P.G. 2.9)	437,10	17
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
+04839	aucune électrode réimplantée (P.G. 2.9)	239,85	6
+04840	une électrode (P.G. 2.9)	419,70	7
+04841	deux électrodes (P.G. 2.9)	470,90	7
	Remplacement de générateur		
+04842	du cardiostimulateur (P.G. 2.9)	108,75	5
+04843	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien	326,30	7

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

+04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opératoire, supplément	217,55	
	Technique d'ablation		
+04622	section et faisceau accessoire par cardiectomie et/ou par cryothermie	624,50	14
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		2
+04624	pour tachycardie ventriculaire par résection sous-endocardique et/ou par cryothermie	588,65	14
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3

APPAREIL VASCULAIRE THORACIQUE

Chirurgie congénitale

+04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (P.G. 29)	1 190,15	11
+04631	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 « C » (P.G. 2.9)	2 175,35	11
+04632	Réparation d'anneau vasculaire (P.G. 2.9)	706,35	11
+04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	380,70	11
+04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	652,60	11
	Anastomose :		
+04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (P.G. 2.9)	839,45	11
+04638	cavo-pulmonaire (P.G. 2.9)	870,15	11
+04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (P.G. 2.9)	1 087,60	17
+04640	anastomose de la veine pulmonaire gauche à l'oreillette gauche (P.G. 2.9)	435,05	11
+04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (P.G. 2.9)	624,50	14
+04642	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	1 631,50	17
+04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (P.G. 2.9)	353,20	9
+04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (P.G. 2.9)	719,45	9

Autres chirurgies

+04647	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (P.G. 2.9)	1 873,55	17
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
+04648	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales	1 498,75	17
	NOTE : Aucune intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		

		R = 1	R = 2
+04650	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 748,65	17
+04651	avec réimplantation d'une artère viscérale, supplément	359,70	
+04652	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	749,40	
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ou abdominale ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
+04655	Thrombo-endarterectomie pulmonaire unie ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant.	1 439,00	17
+04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	824,15	14
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux		
+04657	suture simple	655,75	11
+04658	par angioplastie ou pontage	883,00	14

NON THORACIQUE

+04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	107,95	2
+04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	217,55	3
+04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte.	383,55	9
+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	93,75	
+04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	324,80	3
+04667	Réparation d'anévrisme d'une artère périphérique	487,10	7
	NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.		
+04668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	89,95	3
+04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	374,75	3
04670	anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément	C.S.	

AVIS : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.

+04671	faux anévrisme, supplément	86,35	
+04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	626,50	7
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		
+04677	aorte	652,60	14
+04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	947,35	14
+04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 149,10	14
+04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse.	587,05	11
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
+04683	aorte, supplément	326,30	
+04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	429,65	
+04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	541,50	
+04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément	293,50	

		R = 1	R = 2
+04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodyalyse, supplément (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement) . .	374,75	
	<u>AVIS :</u> <i>Le protocole opératoire et le rapport de pathologie sont obligatoires pour l'appréciation de ce service.</i>		
+04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodyalyse, supplément	249,80	
	<i>Perfusion régionale pour chimiothérapie</i>		
+04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	304,55	7
	<i>Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale</i>		
+04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	749,40	14
+04693	Aorto-aortique	888,80	14
	Aorto-iliaque :		
+04694	unilatéral	662,00	14
+04695	bilatéral	986,75	14
	Aorto-fémoral :		
+04696	unilatéral	743,45	14
+04697	bilatéral	1 149,10	14
+04698	Ilio-fémoral	612,00	11
+04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral . .	1 099,10	14
+04701	Pontage et/ou endarterectomie et/ou réimplantation d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	324,80	
+04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	649,50	
+04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	974,20	
+04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	124,95	
	<i>Thrombo-endarterectomie ouverte d'une artère périphérique</i>		
+04707	Fémoro-poplitée	551,65	11
+04708	Fémorale commune	549,55	11
+04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière . .	551,65	11
+04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	662,00	11
	<i>Pontage d'une artère périphérique</i>		
	Fémoro-poplité :		
+04713	prothèse synthétique	574,50	11
+04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	662,00	11

		R = 1	R = 2
	Fémoro-tibial ou péronier :		
+04715	prothèse synthétique	541,50	11
+04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	699,40	11
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
+04717	prothèse synthétique	671,50	11
+04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	848,15	11
+04719	Pontage fémoro-fémoral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou pédieux ou péronier.	899,25	11
+04720	Pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier.	1 436,35	11
+04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales).	1 049,15	11
+04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	124,95	
+04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	662,00	11
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	574,50	11
+04726	pontage par prothèse veineuse	662,00	11
+04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	662,00	11
+04728	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature.	C.S.	11
AVIS : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.			
04729	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne.	C.S.	7
AVIS : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.			
	Pontage extra-anatomique :		
+04732	axillo-fémoral	587,05	11
+04733	fémoro-fémoral.	587,05	11
+04734	sous-clavier - sous-clavier	563,65	11
+04735	axillo-bi-fémoral	874,30	14
	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :		
+04736	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	124,95	
+04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément.	41,20	
Divers			
+04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	374,75	11
+04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément.	54,40	

		R = 1	R = 2
	Anastomose :		
+04743	porto-cave	739,60	14
+04744	spléno-rénale	783,10	17
+04745	mésentérico-cave	783,10	17
+04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	135,95	
Hémodialyse			
+04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	378,15	9
+04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	217,55	9
Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse			
+04752	Thrombectomie par voie ouverte	179,95	5
+04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	389,45	9
+04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	217,55	7
+04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse . .	108,75	5
+04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	119,65	
Réparation de fistule artério-veineuse excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie			
+04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse	117,65	5
+04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus	163,15	5
04760	majeures	C.S.	11
NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.			
<u>AVIS</u> : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.			
Réparation			
Réparation d'une artère ou d'une veine abdominale ou de la jugulaire interne ou de la carotide par :			
+04762	suture simple	446,10	9
+04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (P.G. 2.9)	599,55	11
+04764	pontage (prothèse)	611,60	11
+04765	pontage par autogreffe veineuse	707,55	14
Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :			
+04033	suture simple	446,10	9
+04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	599,55	11
Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :			
+04768	suture simple	324,50	7
+04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	341,70	7
+04770	pontage (prothèse)	551,65	9
+04771	pontage par autogreffe veineuse	624,00	9

		R = 1	R = 2
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux au niveau de l'abdomen ou du cou		
+04772	suture simple.	679,80	11
+04773	par angioplastie ou pontage.	936,00	14
	au niveau des extrémités		
+04774	suture simple.	441,45	7
+04775	par angioplastie ou pontage.	883,00	11
	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine. (voir musculo-squelettique)		
	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée (voir musculo-squelettique)		
+04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,20	5
+04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	293,70	5
+04778	Ligature de la veine fémorale.	67,20	4

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.	37,65	4
+04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde.	34,80	4
+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.	256,65	4
+04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures.	295,95	4
	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	65,25	3
+04787	deux incisions	87,10	3
+04788	trois incisions ou plus	111,50	3

NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Joindre le compte rendu opératoire.*

		R = 1	R = 2
	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	16,65	
+04791	deux incisions	34,40	
+04792	trois incisions ou plus	53,30	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.		
+04407	Dissection et excision au crochet, avec crochet de Muller, de paquets variqueux et de perforantes (P.G. 2.4.7.7 A)	17,60	2
	NOTE : L'article 8 du préambule particulier de la chirurgie ne s'applique pas à cet acte.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le nombre d'excisions dans la case UNITÉS. Le modificateur 050 ne s'applique pas à l'acte 04407. De plus, cet acte est visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).</i>		
+04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incomplètes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett . . .	327,95	4
+04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	179,40	3
+04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récursive de varices	137,90	4
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
+04798	sus-aponévrotique	108,75	4
+04799	sous-aponévrotique	217,55	4

INDEX

	<i>Page</i>
#K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE	K-2

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.**

Excision

+04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin)	143,90	4
+04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne P.G. 2.4.7.7 A.	154,65	4
+04162	Réséction locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne P.G. 2.4.7.7 A	155,75	4

AVIS : Actes **04161** et **04162** sont visés par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).

04160	Réséction locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui)	C.S.	4
-------	---	------	---

AVIS : Voir la règle 1.1.2 du préambule général.

+04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	612,00	7
+04257	Splénectomie chez le cadavre	195,80	
	Rupture de la rate, réparation par :		
+04250	suture (non iatrogénique)	522,05	9
+04166	suture (iatrogénique).	326,30	
+04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	678,15	9
+04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	522,05	9
+04236	Bouton osseux.	40,25	3
	Évidement cervical		
+04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	778,75	9
+04234	total	543,80	9
+04242	bilatéral, toutes techniques.	924,50	11
+04238	sus-hyoïdien	264,90	6
+04243	Évidement des ganglions lymphatiques : région inguinale superficielle	453,10	5

		R = 1	R = 2
+04244	région iliaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémoraux)	678,15	9
+04240	région axillaire	383,80	5
	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	258,05	5
+04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément.	112,45	
+04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 295,10	11
04245	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel profond	(Voir Peau-phanères) C.S.	5
	<u>AVIS</u> : Voir règle 1.1.2 du préambule général.		
	Multiplés ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire		
+04231	chez le donneur	271,95	4
+04237	par autogreffe	271,95	4
+04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	624,50	9
+04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	326,30	7

INDEX

Page

#L - SYSTÈME DIGESTIF

Lèvres	L-2
Bouche	L-2
Dents et gencives	L-3
Langue	L-4
Palais et luette	L-4
Amygdales et adénoïdes	L-5
Pharynx	L-5
Glandes salivaires	L-6
Parotide	L-6
Oesophage	L-6
Estomac	L-7
Intestin (à l'exception du rectum)	L-8
Appendice	L-10
Rectum	L-11
Anus	L-12
Foie	L-13
Voies biliaires	L-14
Pancréas	L-15
Abdomen, péritoine et épiploon	L-16
 ANNEXE (Liste des C.H. offrant des services de lithotripsie « acte 05270 ») .	 L-17

L - SYSTÈME DIGESTIF

AVIS : Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).

Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.

LÈVRES*Excision*

+05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique	188,45	4
+05113	Section du frein de la lèvre supérieure	31,70	3
+05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	149,90	4
----	Lésion bénigne, précancéreuse ou cancéreuse.		2

Voir tumeurs de la peau

Réparation

	Fissure labiale		
+05320	unilatérale	271,95	7
+05321	bilatérale en un temps	326,30	7
+05322	bilatérale en deux temps, chacun	217,55	5
+05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	380,70	7
+05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie).	359,70	6

BOUCHE*Incision*

+05001	Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet . .	124,15	3
+05002	Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet.	158,40	3

Excision

+05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste	51,80	3
+05161	Excision de grenouillette	131,85	3

		R = 1	R = 2
+05034	Excision de lésion maligne 2 cm ou moins	97,30	3
+05035	plus de 2 cm	146,00	3
Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes du préambule particulier de chirurgie.			
+05158	Réséction 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	642,80	11
+05159	désarticulation du condyle, supplément.	54,40	
DENTS ET GENCIVES			
<i>Incision</i>			
+05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage (P.G. 2.4.7.7 A)	21,55	4
Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme			
+05100	simple.	33,80	4
+05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	34,80	4
<i>Excision</i>			
+05168	Kyste dentaire.	42,45	4
Alvéolectomie			
+05208	premier centimètre.	27,75	4
+	chaque centimètre supplémentaire	13,55	
+	maximum	217,45	
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITES.			
05202	Gingivectomie.	C.S.	4
AVIS : Voir règle 1.1.2, du préambule général.			
Extraction dentaire			
+05203	une dent	10,20	4
+	chaque dent supplémentaire au cours de la même séance opératoire	5,10	
AVIS : Voir section 4.2.6, onglet Rédaction de la demande de paiement concernant les unités.			
<i>Voir l'article 22 I) des règlements d'application de la Loi sur l'assurance maladie.</i>			
<i>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 de moins de 10 ans.</i>			
+05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	19,45	4

LANGUE*Incision*

+05006	Libération du frein de la langue patient de plus de deux (2) ans	26,85	3
05007	Abcès de la langue (traitement complet) (*)	C.S.	3

Excision

+05066	Excision de lésion bénigne de la langue 2 cm ou moins	40,75	3
+05068	plus de 2 cm	81,50	3
+05069	Excision de lésion maligne de la langue 2 cm ou moins	115,15	3
+05070	plus de 2 cm ou glossectomie sub-totale	163,05	5

Réparation

+05326	Glossoplastie	92,45	2
+05327	Lacération mineure (P.G. 2.4.7.7 A)	19,25	2
05328	Lacération étendue (*)	C.S.	2

PALAIS ET LUETTE*Incision*

+05008	Abcès du palais (P.G. 2.4.7.7 A)	21,55	3
+05009	Fénelration du palais pour radiothérapie	21,20	3

Excision

+05120	Uvulectomie (excision de la luette)	18,25	3
+05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	200,20	4

Réparation

+05329	Fissure palatine en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau de Vomer	271,95	11
+05330	Lambeau pharyngé	353,20	5
+05398	Cure d'apnée nocturne par uvulo-palato-pharyngoplastie, incluant l'uvulectomie ou l'amygdalectomie ou les deux, le cas échéant	244,70	4
+05335	Fistule palatine	271,95	3
+05336	Rallongement complémentaire du palais	190,35	4
+05337	Reconstruction de la crête alvéolaire pour une défec- tiosité du palais antérieur	271,95	4

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

AMYGDALES ET ADÉNOÏDES*Incision*

+05021	Abcès périamygdalien, ouverture (P.G. 2.4.7.7 A)	27,90	3
--------	--	-------	---

Excision

+05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	45,90	4
+05228	Amygdalectomie (avec ou sans adénoïdectomie)	88,30	3
+05216	Adénoïdectomie	38,80	3

Réparation

+05481	Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhino-pharyngé	83,95	4
+05345	Consultation re: hémorragie et assistance (incluant l'examen)	29,35	

AVIS : Voir section 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.

PHARYNX*Incision*

	Incision, drainage et soins d'abcès intraoral (P.G. 2.4.7.7 A)	35,05	3
+05016	parapharyngé	109,00	4
+05017	retropharyngé	48,65	3
+05018	myotomie du crico-pharyngé	287,80	4

Excision

+05015	Exérèse apophyse styloïde	121,85	4
+05126	Exérèse de fistule branchiale	195,80	4
	Pharyngectomie		
+05127	avec laryngectomie partielle	521,65	12
+05217	transhyoïdienne ou latérale	353,45	7
+05172	Exérèse de kyste branchial	173,95	4
+05153	Exérèse de kyste ou sinus thyroïdienne récidivant ou non récidivant	163,15	4
+05176	avec hyoïdectomie partielle	275,20	5
+05178	Exérèse de sinus branchial	181,00	4
+05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	331,70	6

Réparation

+05342	Pharyngoplastie	168,60	4
+05347	Suture d'une plaie du pharynx	77,90	4

GLANDES SALIVAIRES*Incision*

	Sialolithotomie		
	par voie buccale		
+05085	un tiers (1/3) antérieur du canal	33,45	3
+05086	deux tiers (2/3) postérieur du canal	91,35	4
+05087	par voie externe.	91,35	4
+05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide, traitement complet (P.G. 2.4.7.7 A)	46,75	3
+05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire (P.G. 2.4.7.7 A)	44,95	3

Excision

+05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire	30,60	3
+05213	Exérèse de glande sous-maxillaire	130,70	4

PAROTIDE

+05171	Exérèse de tumeur (sans dissection du nerf facial)	205,70	4
+05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	389,70	9

Réparation

+05340	Réfection du canal (plastie)	119,65	3
+05351	Réimplantation du canal de Wharton	175,10	3
+05341	Fermeture d'une fistule salivaire	145,80	3

Manipulation

+05801	Dilatation du canal.	19,25	3
--------	------------------------------	-------	---

OESOPHAGE*Incision*

	Oesophagotomie		
+05019	cervicale	174,05	4
+05020	thoracique.	261,05	10

Excision

+05128	Exérèse de diverticule pharyngo-oesophagien	304,55	5
+05106	Résection de diverticule oesophagien avec myotomie	380,55	5
+05129	Exérèse de diverticule oesophagien, voie thoracique	424,20	8
+05130	Résection locale avec anastomose bout-à-bout.	543,80	11
+05288	Oesophagectomie par voie transpleurale ou extrapleurale et oesophago-gastrostomie, incluant la vagotomie	1 009,95	14
+05289	Pyloromyotomie, supplément	131,15	
+05223	Oesophago-gastrectomie	947,35	14
+05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	1 033,30	17

		R = 1	R = 2
+05220	équipe de deux chirurgiens chirurgien principal	804,85	17
+05221	deuxième chirurgien	315,45	
+05275	Exérèse de tumeur bénigne de la paroi oesophagienne approche cervicale	228,40	3
+05276	approche thoracique	348,00	10
Réparation			
+05348	Oesophagoplastie cervicale	282,80	5
+05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	728,70	14
	équipe de deux chirurgiens chirurgien principal	565,55	14
+05333	deuxième chirurgien	217,55	
+05349	Oesophago-gastrostomie (cardioplastie)	565,55	11
+05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller) par voie abdominale ou thoracique	551,65	9
+05352	Oesophago-jéjunostomie pour dérivation palliative	652,60	14
+05353	Oesophagostomie (création d'une fistule externe de l'oesophage)	261,05	6
+05067	Réparation d'une hernie diaphragmatique (toute approche)	500,40	7
	Perforation ou rupture de l'oesophage voie cervicale	287,80	7
+05356	voie thoracique ou thoraco-abdominale	500,30	12
+05357	Réparation d'une hernie diaphragmatique par cardiogastroplastie incluant dilatation oesophagienne et procédé antireflux	744,00	14
+05338	Ligature transoesophagienne de varices	576,50	11
+05358	Mise en place d'un bouton de Prioton ou d'une ligne d'autosuture		
+05395	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne	282,80	3
+05359	voie cervicale	201,20	5
+05360	voie thoracique	391,55	10
+05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne	728,70	14
ESTOMAC			
<i>Incision</i>			
+05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt)	251,85	9
+05023	Gastrostomie, temporaire ou permanente par laparotomie	207,75	4
+05076	Vagotomie tronculaire ou sélective par voie abdominale ou thoracique, complémentaire à une intervention antérieure	424,20	7
+05082	Vagotomie proximale (suprasélective)	424,20	7
+05025	Gastrostomie avec exploration et/ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie	287,80	5
+05111	Gastrotomie incluant la laparotomie pour mise en place d'un tube de Célestin, Mousseau - Barbin, etc.	329,65	6

Excision

	Gastrectomie		
+05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	989,75	9
+05226	totale incluant la vagotomie	1 036,00	11
+05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	239,85	3
+05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	179,95	
+05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	293,80	
+05132	réséction en coin pour ulcère	559,55	5

Réparation

+05363	Pyloroplastie (P.G. 2.9)	612,40	6
+05364	Pyloroplastie et vagotomie	639,55	6
	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:		
+05365	sans vagotomie	559,55	5
+05366	avec vagotomie.	639,55	6
	Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:		
+05355	Gastroplastie de réduction	840,15	11
+05305	Gastroplastie prothétique ajustable	599,55	11
+05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies.	1 099,60	11
+05307	avec cholécystectomie, supplément	251,85	
+05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	1 099,60	11
+05309	avec cholécystectomie, supplément	251,85	
+05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant.	672,70	7
+05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	411,15	5
+05376	Gastrorrhaphie ou duodénorrhaphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiploplastie.	445,65	9

INTESTIN (à l'exception du rectum)*Incision*

+05108	Endoscopie de l'intestin lors d'une laparotomie, supplément de	72,45	
+05027	Iléostomie	321,25	5
+05125	Entérostomie ou jéjunostomie	199,85	5
+05028	Extériorisation de l'intestin, premier temps de Mikulicz	282,80	4
+05029	Colostomie.	311,60	5
+05030	Caecostomie	282,60	5

	R = 1	R = 2
Révision d'entérostomie plus de 4 semaines après l'intervention originale		
+05088 sus-fasciale	85,95	4
+05089 sous-faciale	287,80	4
+05090 Entéro-entérostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	330,35	7
+05091 Colo-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	337,50	6
+05092 Entéro-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	335,05	6
Entérotomie ou colotomie avec exploration (incluant biopsie unique ou multiple) exérèse de corps étranger ou exérèse de polype (unique ou multiple)		
+05093 unique	335,20	6
+05094 multiple	412,05	8
+05095 Colo-myotomie (myotomie de Reilley)	348,00	6
<i>Excision</i>		
+05121 Diverticule de Meckel	299,75	4
+05138 Excision locale de lésion intestinale	287,80	6
+05139 Résection d'intestin extériorisé	168,60	6
+05136 Résection intestinale, sans anastomose résection intestin grêle ou côlon avec iléostomie incluant la fermeture du bout distal	488,10	9
+05160 Colectomie partielle avec amputation abdomino-périnéale du rectum et colostomie un (1) chirurgien	806,70	11
+05162 deux (2) chirurgiens chirurgien abdominal	599,55	11
+05163 chirurgien périnéal	217,55	
+05233 Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie un chirurgien	911,35	11
+05234 deux chirurgiens chirurgien abdominal	791,45	11
+05235 chirurgien périnéal	217,55	
+05225 iléostomie continente (Kock), supplément	153,05	
+05140 Résection intestinale avec anastomose grêle	419,70	9
+05141 iléon terminal, caecum	487,90	9
+05142 iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique (hémicolectomie droite)	484,95	9
+05154 côlon transverse ou segment du côlon gauche	486,55	9
+05164 hémicolectomie gauche	590,25	9
+05232 colectomie totale avec iléo-rectostomie	770,15	11
+05165 résection partielle du côlon avec colostomie et fermeture du rectum distal (Hartman)	496,05	9
+05166 résection totale du côlon avec iléostomie et fermeture du rectum distal	767,15	11
+05279 Colectomie totale avec résection de la muqueuse du rectum, formation d'un réservoir iléal, anastomose iléo-anale et iléostomie de dérivation un (1) chirurgien	1 007,30	14
+05280 deux (2) chirurgiens chirurgien abdominal	881,35	14
+05281 chirurgien périnéal	221,80	

		R = 1	R = 2
+05282	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir continent avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	881,35	14
+05229	iléostomie continente (Kock), supplément	130,55	
+05230	conversion d'une iléostomie conventionnelle en une iléostomie continente (Kock)	554,75	7
Réparation			
+05380	Fistule stercorale - résection radicale	474,60	6
+05381	Caecopexie ou sigmoïdopexie	251,85	3
+05382	Révision de colostomie, cicatrice superficielle (sus-fasciale)	72,65	4
+05383	Reprise de colostomie, en profondeur (sous-fasciale)	344,70	6
+05397	Transposition de colostomie ou d'iléostomie dans un autre site avec ou sans laparotomie	405,60	5
+05389	Suture intestinale (lacération de part en part)	224,80	4
+05390	Fermeture d'entérostomie	383,55	7
+05391	Fermeture de colostomie	298,50	6
+05392	Suture de l'intestin avec colostomie	326,30	5
+05393	Suture du mésentère post-traumatique	251,85	4
+05394	Plicature du grêle (noble)	413,30	7
+05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale	369,80	14
Manipulation			
+05805	Réduction de prolapsus	17,40	
+05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	16,20	
+05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	37,65	
	Occlusion intestinale		
+05384	sans résection	359,65	6
+05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale	329,65	6
+05386	avec anastomose	536,60	9
+05374	avec entérostomie, résection et fermeture subséquente d'entérostomie	581,20	9
+05362	Iléus méconial (Hiatt-Wilson)	511,25	14
+05361	Cure d'iléus méconial avec iléostomie en « Y » (type Bishop-Koop ou Santulli)	635,75	14

APPENDICE**Incision**

+05036	Drainage d'abcès appendiculaire	215,80	5
--------	---	--------	---

Excision

+05201	Appendicectomie, toute voie d'approche	259,65	3
--------	--	--------	---

RECTUM*Incision*

	Proctotomie		
+05040	avec exploration	94,70	4
+05041	avec décompression (imperforation anale)	94,70	4
+05042	avec drainage (abcès périrectal)	96,05	6
+05044	ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischio-rectale de l'espace pelvi-rectal supérieur ou de la loge rétrorectale	109,00	3
+05045	Myotomie ano-rectale par voie périnéale	179,40	4

Excision

+05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne du rectum.	146,85	4
+05182	Exérèse d'une tumeur vilieuse du rectum par voie anale	256,75	4
+05183	Exérèse par voie périnéale ou abdominale d'une tumeur ou récurrence de tumeur maligne du rectum	334,50	7
+05246	Réséction abdomino-sacrée du rectum	674,35	11
+05250	Rectotomie postérieure Kraskee	299,85	4
	Proctectomie		
+05240	résection antérieure	678,05	11
+05241	résection périnéale, deux temps	413,30	9
	résection abdomino-périnéale, avec « pull-through » ou colostomie		
+05242	un (1) médecin chirurgien	793,45	13
	équipe de deux (2) médecins chirurgiens		
+05243	médecin chirurgien abdominal	587,55	13
+05244	médecin chirurgien périnéal	212,10	
+05283	colostomie lors d'un « pull-through », supplément	137,90	
+05245	Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	662,00	9
+05253	Opération pour mégacolon congénital toute technique	685,20	14
05812	Ablation de corps étranger, selon la nature	C.S.	4

AVIS : Voir règle 1.1.2 du préambule général.

+05262	Réséction du muscle pubo-rectal avec ou sans coccygectomie	168,60	4
+05304	Tératome sacro-coccygien (excision)	478,55	14

Réparation

+05400	Anastomose du rectum (avec segment proximal)	561,75	9
+05401	Proctostomie	201,20	4
	Imperforation anale		
+05418	voie périnéale	282,80	14
+05434	voie sacro-coccygienne	489,50	14
+05437	voie abdominale et périnéale	609,10	14

		R = 1	R = 2
	Protopexie		
+05403	par voie abdominale	323,85	6
+05407	avec résection du sigmoïde	455,70	6
	Prolapsus rectal		
+05404	excision de la muqueuse (prolapsus muqueux)	201,20	4
+05405	réparation périnéale majeure (Altmeier)	333,05	6
+05406	approche abdominale	447,35	6
	Suture du rectum (post-traumatique)		
+05410	approche extrapéritonéale	206,05	4
+05411	approche intrapéritonéale	400,30	6
	Fermeture de fistule		
+05412	recto-vaginale	371,00	5
+05413	recto-vésicale	423,85	5
Manipulation			
+05802	Dilatation de sténose rectale, avec ou sans rectosigmoïdoscopie	32,40	3
ANUS			
Incision			
+05050	Fistulotomie extrasphinctérienne	43,55	3
+05051	Fistulotomie intrasphinctérienne	214,20	4
+05052	Sphinctérotomie	58,40	3
+05055	Cryptotomie	17,45	3
Excision			
+05143	Cryptectomie simple	38,40	3
+05144	Excision de peau périanale (languette) et/ou de marisque (P.G. 2.4.7.7 B)	44,30	3
+05184	Exérèse de papillome (papille hypertrophiée)	44,70	3
+05185	Cryptectomies et papillectomies multiples	100,70	4
+05186	Excision locale pour lésion maligne	233,85	4
+05187	Polype anal, paquet hémorroïdaire, un (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	44,35	3
+05257	Fissurectomie sans sphinctérotomie	81,15	4
+05258	Fissurectomie avec sphinctérotomie	109,00	4
	Hémorroïdectomie		
	avec ou sans restosigmoïdoscopie avec ou sans réparation de fissure		
+05252	externe, unique ou multiple (P.G. 2.4.7.7 B)	88,15	4
	interne et externe, incluant les languettes périanales et l'anoplastie du sphincter anal		
+05248	avec ou sans dilatation anale, avec ou sans cryptectomie, avec ou sans excision ou incision d'hémorroïdes thrombosées, avec ou sans papillectomie, avec ou sans exérèse de prolapsus muqueux	207,75	4
+05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie sous anesthésie	75,00	4
+05249	Hémorroïdectomie selon la technique de McGivney, Barron, et al, par séance (P.G. 2.4.7.7 B)	45,50	3
	Fistulectomie		
+05254	extrasphinctérienne	131,90	4
+05255	intra ou suprasphinctérienne	214,20	4

		R = 1	R = 2
+05256	Hémorroïdes thrombosées (P.G. 2.4.7.7 B)	18,30	3
<i>Réparation</i>			
+05303	Curetage de fissure ou fistule	40,60	3
+05313	Cautérisation ou cryochirurgie	26,15	3
+05314	Fulguration de condylomes ou cryochirurgie de condylomes, un ou plusieurs, toute technique	56,30	3
+05310	Électrocoagulation d'hémorroïdes ou cryochirurgie d'hémorroïdes	67,05	3
+05420	Excision de cicatrice pour sténose	91,35	3
	Anoplastie		
+05421	pour sténose	221,80	14
+05423	pour membrane	125,10	14
+05422	plastie du sphincter anal pour incontinence	221,80	4
+05428	plastie du sphincter anal et anneau anorectal incluant transplantation musculaire	261,05	5
+05426	encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	100,70	3
+05427	ligature simple des pédicules hémorroïdaires	88,75	3
<i>Manipulation</i>			
+05816	Dilatation anale pour fissure sous anesthésie générale	28,75	4
FOIE			
<i>Incision</i>			
	Hépatotomie		
+05057	exploratrice	315,45	4
+05059	drainage d'abcès ou kyste	362,20	4
+05060	ablation de corps étranger	376,40	4
<i>Excision</i>			
	Hépatectomie		
+05145	excision locale de lésion	324,80	6
+05146	lobaire (réglée)	1 055,25	17
+05147	partielle (résection de foie)	546,00	11
+05148	Biopsie hépatique incisionnelle ou à l'aiguille au cours de toute laparotomie, une (1) ou plusieurs, supplément	69,95	
<i>Réparation</i>			
+05430	Marsupialisation de kyste ou d'abcès	315,45	7
+05417	Ligature de l'artère hépatique pour métastases	348,00	7
+05431	Rupture ou plaie	410,05	7
	Transplantation hépatique		
	Intervention « donneur »		
+05429	hépatectomie totale	599,70	11
	Intervention « receveur »		
+05450	transplantation orthotopique greffe et hépatectomie totale	2 719,15	17
+05451	transplantation auxiliaire, greffe	2 719,15	17

VOIES BILIAIRES

(avec ou sans cholangiographie peropératoire)

Manipulation

+05109	Cholangiographie peropératoire à l'aide d'une aiguille par injection directe dans les voies biliaires sans chirurgie au niveau de la vésicule ou des voies biliaires, supplément	42,45	
+05037	Remplacement du tube de terblanche incluant la fluoroscopie	83,75	3

Incision

+05049	Hépaticotomie ou cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	402,45	6
+05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie	221,80	4
+05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie.	563,95	9
+05419	Cholécystentérostomie ou cholécysto-duodénostomie ou cholécysto-jéjunostomie.	387,20	6
+05433	Cholécysto-gastrostomie.	337,20	6

Excision

+05149	Biopsie des voies biliaires.	161,90	4
+05150	Lésions des canaux biliaires	369,80	7
+05151	Exérèse du canal cystique restant	282,80	4
+05259	Excision de l'ampoule de Vater.	407,75	4
+05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche.	436,00	4
+05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements autorisés par le Ministre : voir système digestif, annexe)	304,55	6

AVIS : Voir la liste des établissements autorisés en annexe, à la fin du présent onglet.

+05264	Cholécystectomie et cholédochostomie	567,50	6
+05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénostomie, sphinctérotomie.	533,00	7
+05271	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénostomie, sphinctéroplastie	659,55	9
+05277	Cholédochoscopie, supplément	69,95	
+05278	Cholécystectomie avec procédé antireflux.	610,85	9
	Réopération sur les voies biliaires		
+05272	Cholédochotomie	565,30	7
+05273	Cholédochotomie, duodénostomie (incluant sphinctérotomie)	533,00	8
+05274	Cholédochotomie, duodénostomie, sphinctéroplastie	630,85	9
+05436	Réparation de sténose du cholédoque.	674,35	9
+05439	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie, s'il y a lieu	743,45	9
+05440	Implantation de trajet fistuleux	282,80	7
+05441	Atrésie congénitale des voies biliaires, exploration seulement.	337,20	12

		R = 1	R = 2
+05485	Atrésie des voies biliaires extra-hépatiques : cure par porto-entérostomie en « Y » avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique	859,25	14
+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	859,25	14
+05442	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	729,95	11
+05444	Fermeture de fistule biliaire	364,95	3

PANCRÉAS

Incision

+05074	Pancréatotomie.	261,05	6
+05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	554,75	9
+05005	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
	premier quart d'heure	58,80	7
+	chaque quart d'heure additionnel	29,40	

AVIS : *Pour le rôle 1 ou 4, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

Excision

	Pancréatectomie		
+05155	sub-totale, simple, excluant la tête	518,00	12
+05156	pancréato-duodénectomie (Whipple)	1 149,10	17
+05218	cholécystectomie, supplément	188,35	
+05219	vagotomie, supplément	119,90	
+05157	excision locale de lésion	337,20	7
+05188	tumeur des îlots de Langerhans	587,30	12
+05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs	750,50	14
+05268	pancréatographie peropératoire, supplément	42,45	
+05189	Excision de pseudo-kyste du pancréas	391,55	7
+05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	78,05	

Réparation

+05445	Pancréatico-gastrostomie	580,50	9
+05446	Pancréatico-duodénostomie	500,30	7
+05447	Pancréatico-jéjunostomie	551,65	9
+05448	Marsupialisation, pseudo-kyste du pancréas, drainage externe	282,80	7
	Intervention donneur		
+05415	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive.	543,80	10
	Intervention receveur		
+05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive.	2 175,35	17

ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON*Incision*

+05010	Laparoscopie diagnostique	129,80	4
+05011	Laparoscopie diagnostique lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément.	74,70	2
	NOTE : Ne s'ajoute pas à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.		
+05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie abdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale.	81,60	3
+05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (à l'exception de biopsie du pancréas et ganglions aortiques)	237,90	6
+05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	258,10	6
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale (*).	C.S.	3
+05195	Sutures infectées sous anesthésie locale	88,25	
+05196	Sutures infectées sous anesthésie générale et révision de toute la plaie	106,70	4
	Abcès péritonéal		
+05080	sous-phrénique	396,70	7
+05081	abdominal, unique ou multiple	308,65	6
+05073	Douglas, voie transrectale ou vaginale	119,65	4
+05083	abcès rétropéritonéal	371,75	7
+05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale (P.G. 2.4.7.7 A)	48,20	3
+05096	Cathétérisme portal par voie ombilicale incluant laparotomie	182,45	5
+05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	326,30	8
+05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	119,65	3
+05484	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané trans-abdominal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse	161,60	2
+05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	135,95	3

Excision

05193	Tumeur desmoïde ou rétropéritonéale (*).	C.S.	6
+05194	Kyste du mésentère avec laparotomie	412,05	4
+05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	100,70	
+05266	Omphaléctomie, plastie	94,70	3
+05267	Omentectomie totale ou sub-totale (au moins les deux tiers (2/3))	201,95	4
	NOTE : l'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie.		

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du préambule général.

<i>Réparation (toute voie d'approche)</i>			
+05454	Épiplooplastie incluant transfert d'épiploon (<i>toute indication</i>)	221,80	3
	Herniotomie inguinale ou fémorale		
+05455	simple, unilatérale	257,85	3
+05456	unilatérale avec hydrocèle ou hématocèle	259,65	4
+05457	bilatérale en un temps	345,90	5
+05458	unilatérale avec exploration de l'autre côté, patient de seize (16) ans ou moins	261,05	4
	Étranglée ou incarcerated		
+05459	sans résection intestinale	257,80	4
+05460	avec résection intestinale	491,65	7
+05461	Herniotomie inguinale et fémorale	299,75	5
	Herniotomie ombilicale (incluant l'omphaloplastie)		
+05462	patient de plus de seize (16) ans	246,60	4
+05463	patient de seize (16) ans ou moins	188,35	4
+05488	cure de hernie de Spiegel	238,55	4
+05452	cure d'omphalocèle ou gastroschisis	261,05	14
+05470	omphalocèle compliquée avec fermeture de la peau	293,70	14
	réparation avec sac de silon (omphalocèle)		
+05473	premier traitement	287,80	14
+05474	traitements subséquents	114,20	14
+05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure	230,55	4
	Herniotomie diaphragmatique congénitale		
+05478	voie abdominale ou thoracique	481,55	14
+05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale	599,55	14
+05468	Herniotomie inguinale unilatérale avec orchidectomie	299,75	4
+05469	Hernie incisionnelle	308,15	4
+05476	Hernie récidivante	308,50	4
+05472	Insertion de plaque synthétique, supplément (*)	139,20	
+05466	Exérèse complète d'une mèche de Marlex	239,85	5
+05471	Hernie épigastrique	240,15	4
+05475	Réparation d'éventration postopératoire	322,40	5
 <i>Divers</i>			
+05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	413,30	7
+05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome)	527,60	11
+05489	Splanchnicectomie coeliaque trans-hiliaire unie ou bilatérale, toute voie d'approche	424,20	8
 AVIS : (*) S'applique uniquement aux codes d'acte 05469, 05475 et 05476			

ANNEXE

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie (acte 05270)

Région 03 - Québec : - CHUQ, Pavillon St-François d'Assise (0210X)

Région 05 - Estrie : - Hôpital CHUS Fleurimont (0116X)

Région 06 - Montréal : - CHUM, Hôpital St-Luc (0030X)
- Hôpital Royal Victoria (0025X)

INDEX

Page

M - APPAREIL URINAIRE

Rein	M-2
Uretère	M-4
Vessie	M-5
Urètre	M-7

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.**

+06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.).	304,55	6
--------	---	--------	---

REIN*Incision ou extraction*

+06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	226,40	4
+06036	Néphrostomie par voie rétrograde (type Lawson) incluant les tubes de drainage	163,15	2
+06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	113,15	3
+06012	Calicopyélostomie, incluant néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans exérèse de calculs.	479,65	9
+06008	Extraction de calcul caliciel (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant.	326,30	7
+06004	Néphrotomie avec drainage (néphrostomie)	217,55	4
+06005	Extraction de calcul coralliforme (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	479,65	9
+06006	Extraction de calcul pyélique (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant.	294,30	5
+06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance) et les tubes de drainage	217,55	3
+06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire.	184,90	4
+06009	Section de vaisseaux rénaux surnuméraires ou transposition (ne peut être associé aux codes 06320 ou 06332)	194,20	4

Excision

+06100	Biopsie du rein non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte chirurgical associé, faite par lombotomie	217,55	4
+06101	Néphrectomie : partielle	740,60	7
+06115	totale incluant l'urétérectomie subtotale.	604,30	7
+06200	radicale avec évidence des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale	896,35	9

		R = 1	R = 2
+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	866,45	11
+06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinnet par résection, électrocoagulation ou Laser incluant les biopsies du bassinnet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faites dans la même séance et les tubes de drainage	326,30	5
+06204	Marsupialisation de kyste rénal, unique ou multiple, ou exérèse ou les deux, unilatéral (ne peut être associé à un code de chirurgie rénale ouverte)	239,85	5
	Transplantation rénale excluant la thérapie immuno-suppressive		
+06221	un (1) chirurgien	727,80	11
	équipe de deux (2) chirurgiens		
+06222	temps vasculaire	456,80	11
+06223	temps urologique	195,80	
	néphrectomie		
+06213	chez le donneur vivant	380,70	9
+06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	407,75	9

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.*

- *Inscrire un « A » dans la case C.S. et indiquer le numéro d'assurance maladie du receveur dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Réparation

+06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	402,45	7
+06321	Pyéloplastie, toutes techniques, urétéro-pyéloplastie avec ou sans dérivation	299,85	5
+06322	Néphropexie	197,80	5
+06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplémentaire	42,00	
+06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	522,05	7

Suture

+06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	266,45	6
+06326	Fermeture de néphrostomie, de pyélostomie ou de toute autre fistule rénale	326,30	6

R = 1 R = 2

Opérations extra-rénales

+06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	839,40	9
+06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	503,60	5

AVIS : Pour la facturation des actes **06161** ou **06162**, joindre le compte rendu opératoire.

URETÈRE*Incision ou extraction*

+06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle 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 urétéro-rénale.	226,05	3
+06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	312,30	4
+06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	551,65	5
+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 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 06008, 06005, 06006 et 06029 dans une même séance.	630,75	5
+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 urétéro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.	511,45	5

Excision

+06109	Excision d'un conduit iléal ou colonique	230,80	3
+06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	389,45	4
+06111	Traitement de tumeurs malignes de l'uretère par urétéroscopie, résection, électro-coagulation ou Laser incluant les biopsies de l'uretère, la dilatation urétérale et les tubes de drainage	456,80	5

Réparation

+06330	Urétérolyse unilatérale	282,60	4
+06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de six (6) cm ou plus	522,05	6
+06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie (anastomose complète urétéro-pyélique ou urétéro-urétérale) avec ou sans néphrostomie (ne peut être jumelé à l'acte 06321)	386,40 626,50	6 7
+06334	Trans-urétéro-urétérostomie	626,50	7
+06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse de teflon (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	391,55	5
+06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage si plus de six (6) cm)	617,15	6
+06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale avec ou sans urétérolyse	274,80	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
+06305	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres)	499,55	7
+06315	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock et autres)	1 087,60	15
+06338	Conduit urétéro-iléal ou colonique avec cystectomie totale ou cysto-prostatectomie, excluant évidement ganglionnaire	1 369,85	16
+06324	Urétérosigmoïdostomie unilatérale	239,30	8
+06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	730,90	7
+06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	97,90	4
+06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	261,05	5
+06318	Urétéro et/ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal)	326,30	8

Suture

+06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère)	247,25	6
06346	Reprise de conduit iléal (<i>voir règle 1.1.2, préambule général</i>)	C.S.	6
+06350	Opération de Boari	651,55	7

VESSIE**Incision**

+06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection trans-urétrale, incluant la cysto-urétroscopie	172,60	3
	Cystostomie		
+06020	isolée	125,10	4
+06023	avec électrocoagulation ou excision de tumeur vésicale ou les deux, avec ou sans extraction de calculs	176,65	4
+06025	avec implantation de stimulant électrique	190,35	3
+06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	161,90	3

		R = 1	R = 2
+06018	Dénervation de la vessie par transection	271,95	7
+06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés par laminectomie, incluant les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	870,15	11
+06022	Ouverture et drainage d'un abcès de l'espace péri ou pré-vésical.	114,20	4
Excision			
+06159	Vésicostomie cutanée	326,30	3
+06113	Cystectomie partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple	315,65	5
+06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale	428,70	7
+06205	totale excluant évidement ganglionnaire	765,15	11
+06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	184,90	4
----	Prostatectomie transurétrale de tissu prostatique résiduel	(voir génital mâle, prostatectomie)	
+06168	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple	246,60	3
Introduction			
	Dilatation de la vessie	(Voir actes diagnostiques et thérapeutiques)	
Destruction			
+06301	Litholapaxie, broyage d'un (1) ou plusieurs calculs et extraction des fragments.	129,80	3
Réparation			
+06352	Cystostomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs.	522,05	5
+06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation, excluant la cystectomie partielle, le cas échéant	626,50	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, excluant la cystectomie totale, les anastomoses urétéro-intestinales et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
+06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres) . . .	730,90	12
+06336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres) .	1 199,15	15
+06277	Valve de continence, supplément par valve	108,75	
	Conversion d'un conduit iléal ou colanique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
+06343	univalvulaire	600,45	14
+06344	plurivalvulaire	685,20	14
+06383	Plastie pour exstrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	730,90	14

Suture

+06357	Cystorrhaphie, pour rupture de la vessie	292,20	5
+06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	326,30	3
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
+06402	par voie suspubienne	389,70	5
+06403	par voie vaginale	317,30	4
+06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	299,85	4

URÈTRE*Incision*

+06030	Urétrostomie externe antérieure	101,15	3
+06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	130,55	4
+06032	Méatotomie comportant la section du méat, de l'hémotase et l'approximation des muqueuses.	30,00	3
	Ouverture et drainage		
+06033	d'un abcès périurétral profond	114,10	4
+06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie.	186,70	4

Excision

+06190	Excision ou électrocoagulation d'un caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	60,00	3
+06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme et femme)	179,95	4
+06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	168,60	3
+06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	169,65	4
+06215	Urétréctomie totale	287,80	5
+06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre, incluant les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale, le cas échéant.	97,90	4

Réparation

+06362	Urétropexie toute technique avec ou sans dérivation urinaire, incluant la cytoscopie peropératoire	282,65	4
	Urétrolyse post-urétropexie		
+06037	par voie sus-pubienne.	476,40	6
+06014	par voie vaginale	236,25	6
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section.		
	Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire		
+06446	pour urètre antérieur, en un (1) temps, avec greffe	244,70	3
+06447	pour urètre antérieur, en un (1) temps, sans greffe	217,55	3
+06448	pour urètre antérieur, en deux (2) temps, chaque temps	179,95	4
+06449	pour urètre postérieur, en deux (2) temps, chaque temps	217,55	3
+06450	pour urètre postérieur, en un (1) temps, avec greffe	309,95	4

		R = 1	R = 2
	Correction d'incontinence urinaire		
+06453	incluant prothèse par voie périnéale (Kaufmann ou autres)	195,80	4
+06417	sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	489,50	9
+06374	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tangho, etc)	730,90	7
+06454	Exploration du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant l'exérèse si nécessaire.	195,80	3
+06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon	125,10	3
+06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	83,75	3
<i>Suture</i>			
	Urétrorrhaphie avec ou sans dérivation urinaire		
+06366	pour rupture antérieure.	87,00	3
+06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	461,65	7
+06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	270,75	6
+06369	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire sans lambeau.	261,05	4
+06302	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire avec lambeau	326,30	3
+06370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	214,25	3
+06371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	315,45	5
+06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	163,15	4
	Reconstruction du sinus uro-génital avec ou sans dérivation urinaire		
+06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau	65,25	4
+06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur	163,15	4
+06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur	271,95	5
+06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	543,80	9

INDEX

	<i>Page</i>
# N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE	
Pénis	N-2
Testicules.	N-3
Épididyme	N-4
Tunique vaginale.	N-4
Scrotum.	N-4
Canal déférent	N-5
Cordon	N-5
Vésicule séminale.	N-5
Prostate	N-6

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.**

PÉNIS

Incision

+06026	Traitement chirurgical du priapisme par anastomose vasculaire (toute technique) incluant anastomose caverno-spongieuse	217,55	3
+06040	Traitement chirurgical du priapisme sans anastomose vasculaire (toute technique)	167,90	2
+06027	Implantation de prothèse non gonflable pour impuissance organique	184,90	3
+06028	Implantation de prothèse gonflable pour impuissance organique	326,30	4

Excision

	Traitement pour pathologie du prépuce incluant l'allongement du frein		
+06126	par technique à la cloche	20,85	
+06127	toute autre technique	77,85	3

NOTE : l'allongement du frein ne donne pas droit à ce tarif et sa rémunération est incluse dans celle de l'examen ou du service médical associé.

AVIS : La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte **06126** ou **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.

	Amputation		
+06119	partielle du pénis, incluant segment d'urètre	287,80	4
+06218	complète du pénis, incluant urétrostomie périnéale	575,60	3
+06120	excision ou fulguration de lésions locales du pénis ou les deux	31,15	2
+06121	Exérèse de prothèse pénienne	163,15	2

Réparation

	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire		
+06354	correction en un (1) temps (toute technique)	195,80	3

		R = 1	R = 2
+06224	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	391,55	5
+06226	correction de chordée	164,45	4
+06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	391,55	4
+06234	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	805,85	11
+06236	correction de chordée	326,30	3
+06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	456,80	7
+06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias) avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanés	626,50	5
+06379	intervention supplémentaire pour correction de fistule uréthro-cutanée, une (1) ou plusieurs	65,25	4
+06228	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias avec désinsertion des corps caverneux	380,70	7
+06229	sans désinsertion des corps caverneux	228,40	4
+06238	Reconstruction pour transposition péno-scrotale avec ou sans dérivation urinaire sans uréthro-plastie	391,55	3
+06380	Plastie du pénis corps caverneux spongieux Après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	251,85	3
+06432	Pour épispadias premier temps avec plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	543,80	7
+06433	Pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	706,95	11
+06382	Pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en deux (2) temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	326,30	3
+06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	1 087,60	17
+06314	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale, entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	396,05	7
+06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	489,50	9

TESTICULES

Excision

+06122	Castration simple uni ou bilatérale	137,90	4
+06125	Orchiectomie par voie inguinale	214,20	4

NOTE : Si cure de hernie associée, voir code 05468, système digestif (cas particulier : C.S.).

AVIS : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.

Réparation

+06385	Exploration chirurgicale pour torsion de l'hydatide et réparation	125,90	2
+06386	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchietomie) et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant	233,65	2
+06285	Orchidopexie	389,45	3
+06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchietomie pour cryptorchidie	324,50	5
+06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchietomie	214,20	4
+06388	Rupture du testicule (réparation).	119,65	4

ÉPIDIDYME*Excision*

+06128	Épididymectomie unilatérale	108,75	2
+06129	Exérèse de spermatocèle	129,80	2

Réparation

+06392	Épididymo-vasostomie unilatérale	108,75	3
+06401	Création d'un spermatocèle, à l'aide d'une greffe veineuse à l'épididyme, incluant la prise du greffon	163,15	4
+06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	217,55	5

TUNIQUE VAGINALE

+06393	Cure d'hydrocèle ou d'hématocèle unilatérale	129,80	2
--------	--	--------	---

SCROTUM

+06389	Traitement d'hydrocèle ou spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration le cas échéant.	31,15	
--------	---	-------	--

Incision

+06394	Ouverture et drainage d'abcès intra-scrotal ou d'un hématocèle (P.G. 2.4.7.7 A).	63,60	3
--------	--	-------	---

AVIS : Voir règle 2.4.7.7 du préambule général.

+06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épididymaire, unilatérale	155,75	3
--------	--	--------	---

NOTE : Cet acte ne peut être associé aux services médicaux codés 05456 ou 06389 lorsqu'effectués du même côté lors d'une même séance.

Excision

----	Exérèse de lésion de la peau du scrotum	(Voir peau - phanères)	
+06106	Réséction partielle du scrotum	134,45	4
06107	Réséction totale ou complète du scrotum	C.S.	5

AVIS : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.

CANAL DÉFÉRENT*Excision*

+06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale (toutes techniques)	67,40	3
+	Composante technique (en cabinet privé) supplément (MOD 053)	22,60	

AVIS : Lorsque le supplément de 22,60 \$ pour la composante technique est réclamé, inscrire dans la case MOD, le modificateur 053 sur la même ligne que le code d'acte 06232 et dans la case HONORAIRES, le tarif de cet acte majoré de 22,60 \$.

Réparation

+06395	Vaso-vasostomie unilatérale	108,75	3
+06444	Vaso-vasostomie unilatérale par microchirurgie	259,65	5

CORDON*Excision*

+06167	Exérèse d'un kyste du cordon	108,75	2
+06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, excluant l'approche scrotale, non associé à une autre chirurgie inguinale ou scrotale ou les deux	176,65	3

VÉSICULE SÉMINALE*Incision*

+06050	Vésiculotomie de drainage	221,80	2
--------	-------------------------------------	--------	---

Excision

+06235	Vésiculectomie	304,55	4
--------	--------------------------	--------	---

PROSTATE*Incision*

+06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.).	201,20	4
+06055	Biopsie ouverte, voie périnéale.	146,85	3
+06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	163,15	3
+06056	Exploration chirurgicale pour biopsies étagées des ganglions du petit bassin	449,70	4

Excision

+06240	Prostatectomie (incluant la vasectomie, le cas échéant) suspubienne (un (1) ou deux (2) temps)	386,90	4
+06241	rétropubienne simple	374,75	4
+06242	périnéale simple	359,70	5
+06243	rétropubienne radicale incluant vésiculectomie mais excluant évidemment ganglionnaire	805,85	9
+06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale excluant évidemment ganglionnaire	839,40	6
+06247	transurétrale	385,65	5
+06246	par cryochirurgie.	326,30	4
+06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie.	100,10	4
+06060	Résection de tissu prostatique résiduel ou récidivant réintervention après un (1) an ou plus	353,20	5
+06061	réintervention en moins d'un (1) an	237,90	5
+06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection trans-urétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès.	217,55	5

INDEX

	<i>Page</i>
# P - GYNÉCOLOGIE	
Vulve et orifice inférieur du vagin	P-2
Vagin	P-2
Trompes	P-3
Ovaires	P-4
Utérus et col utérin	P-4
Divers	P-7

P - GYNÉCOLOGIE

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir la règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).*

*Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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 : Les chirurgies gynécologiques peuvent être effectuées par chirurgie conventionnelle, par technique endoscopique ou au laser.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN

Incision

+06043	Périnéotomie ou périnéorrhaphie ou hyménotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	76,25	3
+06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (P.G. 2.4.7.7 A)	76,45	3

Excision conventionnelle ou au laser

+06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes) (P.G. 2.4.7.7 A)	30,30	3
+06169	Condylomatose ano-génitale diffuse intéressant au moins 50 % de la région ano-génitale (sous anesthésie générale seulement)	128,60	3
+06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin (P.G. 2.4.7.7 A)	77,85	3
+06189	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux	105,95	3
	<i>Vulvectomie</i>		
+06253	simple ou réintervention dans le cas du cancer	197,75	3
+06254	radicale sans lymphadénectomie	424,20	5
+06256	radicale avec lymphadénectomie inguino-pelvienne	804,85	8
+06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	77,85	3
	<i>Plastie des grandes lèvres</i>		
+06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	112,45	4

VAGIN

Incision

+06065	Culdocentèse	28,25	3
+06066	Colpotomie (exploration et drainage)	107,95	3

Introduction

Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion, l'examen et la consultation

+06074	première (par période annuelle)	61,25	3
+06075	subséquente	37,20	3

maximum, une (1) colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin. L'honoraire de toute autre colposcopie est inclus dans celui de l'examen.

NOTE : la première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.

Excision conventionnelle ou au Laser

+06249	Colpectomie pour lésions malignes	575,60	7
----	Caroncule urétrale ou ectropion (Voir appareil urinaire)		
+06141	Exérèse d'un septum vaginal	111,90	3
+06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	76,45	3

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

+06400	Cystocèle (urétrocèle)	205,40	3
+06405	ou rectocèle	203,40	3
+06406	et rectocèle	277,20	4
+06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	145,05	
+06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entéroccèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	99,20	
+06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	274,80	4
+06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	365,60	3
+06410	Rectocèle et sphinctéropexie anale	239,30	3
+06411	Colpocléisis	285,55	3
	Urétropexie sus-pubienne		
+06412	Marschall-Marchetti ou autres	274,80	3
+06414	Entéroccèle ou colpocèle par voie vaginale	276,65	4
+06415	Vaginoplastie (sténose)	77,85	3
+06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	174,05	3
+06416	Reconstruction vaginale avec greffe	391,55	9

Suture

+06421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	153,40	3
--------	--	--------	---

TROMPES

Excision

+06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	337,65	3
--------	---	--------	---

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
+06458	Tuboplastie sans microscope, unilatérale ou bilatérale .	339,00	3
+06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	691,00	7
<i>Suture</i>			
+06430	Traitement chirurgical, grossesse tubaire (ectopique) (*)	339,20	4
+06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage	155,75	3
+06451	avec avortement thérapeutique (*)	209,20	3
OVAIRES			
<i>Excision</i>			
+06188	Kyste ovarien, para-ovarien (incluant hydatide de Morgani) unilatéral ou bilatéral	338,05	4
+06177	Tumeur intraligamentaire	288,20	3
+06261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	338,30	4
+06262	Réséction cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	334,45	4
<i>Réparation</i>			
Chirurgie conservatrice de l'endométriose			
+06288	Stade III ou IV, avec microscope ou laser, comprenant au moins trois (3) des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien et/ou ovariectomie, tuboplastie, répéritonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie.	674,45	7
<u>AVIS</u> : Indiquez ces trois chirurgies ainsi pratiquées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
+06299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes	339,50	4
+06263	Ovariopexie	331,00	4
UTÉRUS ET COL UTÉRIN			
<i>Incision</i>			
+06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	331,00	4
+06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	256,75	4
+06069	Laparotomie avec lymphadénectomie	388,50	4
+06073	Laparotomie de contrôle pour néoplasie ovarienne, avec ou sans biopsie	312,00	4
+06072	Métroplastie (utérus septus)	288,20	4

AVIS : (*) L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération de ces actes.

Excision conventionnelle ou au laser

+06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (P.G. 2.4.7.7 A)	75,75	3
+06146	Conisation diagnostique du col au laser ou au bistouri (sous anesthésie générale ou péridurale seulement) . . .	142,80	3
+06811	Thérapie cervicale, incluant l'examen pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie) . . .	50,70	3
+06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	25,65	3
	Myomectomie		
+06142	cinq (5) cm ou moins et cinq (5) myomes ou moins	337,30	3
+06143	plus de cinq (5) cm ou plus de cinq (5) myomes	418,20	4
+06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage . .	420,55	3
+06154	Technique laparoscopique, supplément.	158,35	2
+06178	Polypectomie simple	12,25	3
+06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	417,00	4
+06252	Hystérectomie abdominale totale et Marschall Marchetti avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	487,10	4
+06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	733,60	7
+06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	419,25	4
+06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux.	730,95	9
+06192	avec résection du grêle incluant les anastomoses et l'iléostomie au même site, supplément	206,65	
+06193	avec résection du colon incluant les anastomoses et la colostomie au même site, supplément.	217,55	
+06194	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément.	271,95	
+06195	avec iléostomie ou colostomie, ou les deux, à un autre site que la résection, supplément	163,15	
	Trachélectomie		
+06267	abdominale	317,80	4
+06268	vaginale	204,75	4
+06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	835,35	11
	Hystérectomie radicale		
+06270	avec lymphadénectomie pelvienne et avec biopsie étiquée des ganglions périaortiques et pelviens	1 115,20	11
+06230	avec paramétriectomie pelvienne et biopsie des gg	1 011,55	11

		R = 1	R = 2
	Exentération pelvienne		
+06275	antérieure	2 185,75	17
+06271	postérieure	1 903,40	17
+06272	antérieure et postérieure	2 719,15	17
+06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovarictomie incluse	455,70	4
+06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovarictomie incluse	487,10	4
+06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovarictomie incluse	454,35	4
+06381	Sympathectomie présacrée	288,20	4
Introduction			
+06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie	116,80	3
+06455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	107,95	1
+06456	avec ablation de l'endomètre par électrocautérisation ou laser, supplément	194,65	2
-----	Laparoscopie	(Voir appareil digestif)	
Réparation			
+06431	Examen gynécologique sous anesthésie générale pour lésion cancéreuse du tractus génital avec ou sans biopsie	65,25	2
+06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	317,80	6
+06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature des trompes	288,20	4
+06443	Watkins ou LeFort	191,85	2
Manipulation			
+06817	Réduction manuelle inversion utérine	89,95	2
	Avortement incomplet (spontané)		
+06900	par extraction menstruelle (*)	31,65	
+06906	par curetage (*).	118,75	3
	Avortement thérapeutique		
+06908	par extraction menstruelle (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	31,65	
+06938	en cabinet, supplément	14,75	
+06909	par curetage (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	112,15	3
+06939	en cabinet, supplément	36,95	

AVIS :

(*) *L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération de ces actes.*

		R = 1	R = 2
	Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines : Un temps : (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)		
06941	aspiration, curetage et évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	263,85	3
06947	en cabinet, supplément	36,95	
	Deux temps :		
06948	1 ^{er} temps : induction, toutes méthodes incluant, le cas échéant, l'évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	158,35	3
06949	2 ^e temps : curetage, le cas échéant (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	118,75	3
06951	en cabinet, supplément	30,45	
06924	Cerclage du col chez la parturiente (*)	96,70	3
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	113,65	3
06953	en cabinet, supplément	34,85	

DIVERS

+06464	Injection intrautérine ou intrafoetale sous guidage échographique à partir de vingt (20) semaines de grossesse en prévision d'un avortement thérapeutique, une ou plusieurs, incluant l'amniocentèse, le cas échéant, et l'examen	92,05	
+	NOTE : Ne peut être réclamé avec un service de la section « Échographie pelvienne ou obstétricale » du Manuel des Services de laboratoire en établissement ». L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas à ce service.		
+	Implantation sous-cutanée d'un implant contraceptif		
+06980	un seul implant	100,00	
+06981	plus d'un implant à la même séance	128,00	
+06982	Exérèse d'un implant contraceptif sous-cutané	115,00	
+06983	Exérèse de plus d'un implant à la même séance	155,75	

AVIS : (*) L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération de ces actes.

INDEX

	<i>Page</i>
# Q - OBSTÉTRIQUE	
PRÉAMBULE PARTICULIER	Q-2
Obstétrique	Q-7
ANNEXE I	
Césarienne dans les cas complexes (Acte codé 06946) et	
Extraction manuelle ou instrumentale (Acte codé 06907)	Q-9

Q - OBSTÉTRIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1. Pour fins de rémunération, les soins obstétricaux se divisent comme suit :
 - a) les soins prénatals;
 - b) l'accouchement;
 - c) les soins du post-partum;
 - d) les autres actes reliés à l'accouchement.

2. Les soins prénatals suivants sont rémunérés au tarif établi pour chaque acte :
 - les examens prénatals;
 - l'avortement thérapeutique;
 - le curetage utérin pour avortement incomplet;
 - le cerclage du col;
 - la transfusion foetale intra-utérine;
 - la grossesse interrompue : induction par voie intra-veineuse et intra-utérine incluant la consultation, l'exécution et les soins postnatals;
 - l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications obstétricales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire.

3. Accouchement

Sous réserve des articles 2 et 5 du présent préambule, la rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens durant le travail;
 - la stimulation du travail;
 - la rupture des membranes;
 - le désencercelage du col;
 - toute forme d'anesthésie locale;
 - le bloc para-cervical;
 - le bloc honteux;
 - le cathétérisme vésical;
 - la délivrance par voie vaginale;
 - l'épisiotomie et sa réparation;
 - l'expulsion spontanée ou, lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
 - la révision utérine;
 - la réparation de déchirures sauf celle du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
 - l'amniocentèse;
 - la réparation de lacérations du col;
 - l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux externes.
4. Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins post-partum, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période.

AVIS : *Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe chacun des médecins doit utiliser le modificateur 382 et réclamer 50 % du code d'acte 06901. Veuillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant prévaut de l'honoraire global pour les soins post-partum de la patiente.*

Toutefois, dans le cas d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum le jour de l'intervention et les sept (7) jours suivants. Si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne et cette rémunération couvre les soins du post-partum. La rémunération du médecin qui a effectué la césarienne est alors réduite en conséquence.

AVIS : *Le médecin qui a pratiqué la césarienne et qui confie les soins postopératoires à un autre médecin a droit à 75 % des honoraires. Il doit utiliser le MOD 024 (75 %) et identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la Demande de paiement – Médecin n° 1200, le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins postopératoires. Le médecin à qui les soins postopératoires ont été confiés a droit à 25 % des honoraires. Il doit utiliser le MOD 025 (25 %) et identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la Demande de paiement – Médecin n° 1200, le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la césarienne.*

5. Les actes suivants reliés à l'accouchement sont rémunérés au tarif établi;

- la stérilisation post-partum;
- lorsqu'il y a une rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- toute manoeuvre obstétricale (y compris les sutures de lacérations cervicales) autre que la césarienne ou l'accouchement faite par le consultant.

6. Si, en raison de la gravité et de la complexité de l'état de la parturiente, le médecin traitant requiert les services d'un médecin consultant :

- a) le médecin consultant a droit, s'il effectue seulement une consultation, à l'honoraire de consultation prévue au tarif;
- b) le médecin consultant a droit, pour la consultation et l'exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement, à l'honoraire prévu au tarif;

AVIS : *Voir le code d'acte 06914, sous le présent onglet.*

- c) le médecin consultant, s'il procède à la césarienne ou à l'accouchement lui-même, est rémunéré au taux prévu pour ces actes, cette rémunération incluant, le cas échéant, celle de toutes manoeuvres obstétricales; le médecin traitant a alors droit à l'honoraire prévu au tarif pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail.

AVIS : *Voir le code d'acte 06933, sous le présent onglet.*

7. Présence d'un médecin à la salle d'accouchement

L'honoraire payable au médecin dont la présence est requise au moment de la naissance pour dispenser des soins au nouveau-né inclut, le cas échéant, la réanimation du nouveau-né et l'examen. Cet honoraire n'est pas payable au médecin qui est présent à la salle d'accouchement pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement de la parturiente.

AVIS : *Voir le code d'acte 06944, sous le présent onglet.*

8. Honoraire global

Nonobstant la règle énoncée à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie, les examens effectués avant que ne débute le travail d'une parturiente, le jour de l'accouchement vaginal effectué par le médecin ou un médecin consultant ou de l'accouchement par césarienne lorsqu'effectué par un médecin consultant, sont payables selon les règles du préambule général.

AVIS : *Veuillez utiliser le modificateur 094 ou un de ses multiples si l'examen a été effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente seulement lorsque les codes d'actes 06903, 06912, 06913, 06933 et 06943 sont facturés.*

Il en est de même pour les examens effectués au chevet de la parturiente après le 2^e jour suivant l'accouchement ou après le 7^e jour suivant la césarienne.

L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas aux services suivants : **06925, 06928, 06930 et 06942.**

L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération d'un acte régi par le présent préambule.

9. Garde en disponibilité

- + Le médecin qui est détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et les exerce a droit, pour la garde en disponibilité qu'il effectue à un forfait annuel de 5 754 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 6 048 \$ au 1^{er} janvier 2012, payable trimestriellement mais divisible en mois.

AVIS : *Inscrire sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 les renseignements suivants :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09776** dans la section Actes;
- le code d'établissement (0XXX3) où vous détenez ce privilège en obstétrique;

La facturation s'effectue à la fin de chaque trimestre. Le montant annuel du forfait de garde est divisible par mois. Veuillez inscrire :

- le nombre de mois (maximum de 3) dans la case UNITÉS;
- les honoraires **par mois** sont :

- de 479,50 \$ du 1^{er} avril 2011 au 31 décembre 2011;
- de 504,00 \$ à partir du 1^{er} janvier 2012;

veuillez reporter le montant approprié dans la case TOTAL;

- la date de l'acte doit correspondre au dernier jour du trimestre ou du mois où a été effectuée la dernière période de garde;
- inscrire la date du début et de la fin du trimestre ou du dernier mois où une garde a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Les trimestres sont répartis comme suit :
 - 1^{er} juillet au 30 septembre;
 - 1^{er} octobre au 31 décembre;
 - 1^{er} janvier au 31 mars;
 - 1^{er} avril au 30 juin.

Seul le rôle 1 peut être facturé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Rappel : La facturation du forfait 09776 est incompatible avec la facturation du forfait de garde en disponibilité de l'E.P. - Garde en disponibilité (code 19058 ou 09705).

L'établissement adresse à la Régie le nom des médecins à qui il octroie des privilèges en obstétrique, et qui les exercent. Il informe également la Régie du nom des médecins qui cessent d'exercer leurs privilèges.

10. Mentorat

Le médecin détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés peut agir à titre de mentor auprès d'un médecin qui débute la pratique de l'obstétrique au sein du même établissement.

Le mentorat consiste en une aide professionnelle apportée par un médecin mentor pour répondre aux besoins particuliers d'un médecin débutant en obstétrique lors du travail et de l'accouchement des vingt premières parturientes dont il effectue l'accouchement. Le médecin mentor doit être disponible au cours du travail de la parturiente et être présent lors de son accouchement ou de la prise de décision de procéder à l'accouchement par césarienne. Le mentorat comprend les gestes que peut poser le médecin mentor durant le travail ou l'accouchement pour assister le médecin débutant en obstétrique. Le mentorat vise le développement professionnel de ce médecin ainsi que le développement de ses compétences en obstétrique. Les modalités de fonctionnement sont convenues entre les deux médecins. Lors du mentorat, le médecin mentor réclame les mêmes services que ceux réclamés par le médecin débutant en obstétrique.

AVIS : Mentor

Vous devez faire parvenir à la Régie une lettre dans laquelle vous faites part de votre intention de vous prévaloir de la mesure et d'agir comme mentor auprès de tout médecin de votre établissement qui débute ou reprend sa pratique en obstétrique en prenant soin de spécifier la date à laquelle cette période de mentorat débutera.

Cette information doit être transmise à la Régie une seule fois par établissement où vous désirez bénéficier de cette mesure.

Service de l'admissibilité et du paiement

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

Pour les fins des présentes dispositions, un médecin est considéré comme débutant la pratique de l'obstétrique dès lors qu'il n'a pas effectué vingt accouchements, comprenant le suivi du travail d'une parturiente qui a été accouchée par césarienne, au cours des quatre années précédentes. Il doit informer la Régie de son intention d'avoir recours au mentorat. Lors de chacun des vingt premiers accouchements qu'il effectue, comprenant le suivi du travail d'une parturiente qui est accouchée par césarienne, il peut alors faire appel à un mentor, qui pourra être différent d'un accouchement à l'autre.

Le médecin qui débute ou reprend sa pratique en obstétrique avise la Régie de la date de début de la période pendant laquelle il veut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS : Mentoré

Vous devez faire parvenir à la Régie une lettre dans laquelle vous faites part de votre intention d'avoir recours au mentorat pour la pratique de l'obstétrique en prenant soin de spécifier la date à laquelle cette période de mentorat débutera.

NOTE : Le calcul pour déterminer si un médecin peut bénéficier du mentorat s'effectue sur les 4 années précédant la date où le médecin nous fait part de son adhésion à cette mesure.

Service de l'admissibilité et du paiement

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

NOTE : Le médecin mentor doit réclamer un des actes suivants, selon ce qui est réclamé par le médecin mentoré : 06903, 06919, 06923, 06933, 06943.

AVIS : Mentor

Lorsqu'un service permis est réclamé en tant que mentor, inscrire dans la case MOD, le modificateur 400 sur la même ligne que le code d'acte et inscrire l'initiale du prénom et le nom au complet du médecin mentoré dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

Mentoré

Lorsqu'un service est réclamé en tant que médecin mentoré, inscrire l'initiale du prénom et le nom au complet du mentor dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

NOTE : Pour une patiente donnée, le même jour qu'il se prévaut de ce paragraphe, le médecin mentor ne peut réclamer les actes suivants : 06914, 06916, 06921, 06922 et 06944.

11. Partage de la rémunération

- + Si, en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique, le médecin qui a assuré le suivi du travail d'une parturiente doit se faire remplacer par un autre médecin, les médecins peuvent convenir de partager la rémunération de l'accouchement, ou de l'ensemble des soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement. Chacun des médecins reçoit alors les deux tiers de la rémunération de l'accouchement et, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne. Seul le médecin qui a effectué la délivrance du nouveau-né peut alors réclamer le supplément applicable pour l'accouchement d'un bébé après le premier jumeau de même que les services décrits au paragraphe 5 du préambule de cette section, le cas échéant. Pour chacun des médecins, la rémunération partagée, additionnée des suppléments applicables, couvre l'ensemble des soins prodigués durant le travail et, le cas échéant, lors de l'accouchement. Ces modalités s'appliquent, nonobstant qu'un des médecins ainsi visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, dans la mesure où ce dernier n'a pas assuré la délivrance du nouveau-né par voie vaginale ou par césarienne ni agit comme consultant durant le travail ou l'accouchement de la patiente en cause, et ce, sans égard à sa rémunération pour sa participation. Lorsqu'un des médecins visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, ces modalités ne s'appliquent pas au code 06923.

AVIS : Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe sur le partage de la rémunération, chacun des médecins doit utiliser le modificateur 383 afin de réclamer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte suivants :

- l'accouchement (code d'acte **06903** ou **06943**) et, s'il y a lieu, le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**)
OU
- l'ensemble des soins durant le travail (code d'acte **06933**) et, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**).

Veillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant également prévalu(s) du partage de la rémunération pour l'accouchement ou l'ensemble des soins durant le travail.

OBSTÉTRIQUE

06911	Non stress test comprenant l'interprétation incluant, le cas échéant la technique ou la surveillance ou les deux.	8,55	
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (en établissement seulement)	59,60	
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen	61,20	3
06928	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse et examen	73,05	
06921	Induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire .	38,25	
<u>AVIS :</u> Inscire le diagnostic ou le code de diagnostic ou la nature de la complication médicale dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			
06916	Installation, contrôle et surveillance de moniteurs fœtaux internes ou de tocomètre, ou les deux, incluant l'insertion de cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique et l'interprétation (une fois seulement pendant le travail).	36,50	
06927	Amniocentèse diagnostique ou génétique.	36,50	
06930	Transfusion foetale intra-utérine	147,20	
06922	Détermination du pH foetal par un médecin autre que le médecin accoucheur	33,55	
06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après trente-six (36) semaines, incluant l'examen, la tocolyse, le monitoring externe	77,80	3
06903	Accouchement	422,35	4
06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément.	184,15	
06923	Accouchement par voie vaginale post-césarienne incluant les soins et la surveillance intra-partum, supplément.	175,75	1
NOTE : Ce supplément peut également être facturé en association avec le code 06933.			
<u>AVIS :</u> Inscire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la date à laquelle la césarienne a été effectuée.			
06943	Accouchement : samedi, dimanche, jour férié ou de 19 h à 7 h	616,60	4

		R = 1	R = 2
06914	Consultation et exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement.	153,25	
	<u>AVIS :</u> - Voir section 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation. - Voir l'article 6 b) du préambule particulier de l'obstétrique.		
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement.	437,75	
#	<u>AVIS :</u> Voir l'article 6 c) du préambule particulier de l'obstétrique. - Lorsque les soins prodigués pendant le travail sont effectués entre 19 h et 7 h par le médecin traitant, veuillez inscrire l'heure de début du travail ou l'heure à laquelle la patiente a été prise en charge par le médecin consultant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour la comptabilisation d'une journée tel que prévue à l'annexe XXI, paragraphe 1.05 e).		
06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	365,15	8
06913	Césarienne et hystérectomie.	584,25	12
06946	Césarienne dans les cas complexes prévus en annexe, supplément	132,35	3
	<u>AVIS :</u> La facturation de l'acte 06946 requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DE DIAGNOSTIC.		
06907	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation ou l'examen si requis	76,65	2
	<u>AVIS :</u> - La facturation de l'acte 06907 requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DE DIAGNOSTIC. - Voir 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation. - Inscrire le diagnostic ou le code de diagnostic requis dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		
06935	Réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal)	56,70	2

		R = 1	R = 2
06944	Présence du médecin à la salle d'accouchement (P.G. 2.4.7.3 C)	55,20	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir l'article 7 du préambule particulier, sous le présent onglet. Ce code d'acte est réservé exclusivement pour la présence auprès du nouveau-né.</i>		
06901	Soins du post-partum durant l'hospitalisation	62,70	
	<u>AVIS :</u> <i>S'il s'agit d'un accouchement hors établissement, veuillez inscrire la date d'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		

ANNEXE I

EXTRACTION MANUELLE OU INSTRUMENTALE DU PLACENTA (Acte codé 06907)**Complications obstétricales**

- Hémorragie de la délivrance (666.0)
- Hémorragie tardive et secondaire du post-partum (666.2)
- Rétention du placenta sans hémorragie (667.0)
- Rétention de cotylédons placentaires ou des membranes, sans hémorragie (667.1)

CÉSARIENNE DANS LES CAS COMPLEXES (Acte codé 06946)**Conditions fœtales**

- Début spontané de l'accouchement avant 37 semaines de gestation (644.1)
- Détresse fœtale (656.3)
- Immaturité extrême (765.0)
Note : Concerne généralement un poids à la naissance de moins de 1000 g. ou une gestation de moins de 28 semaines complètes ou tous les deux
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1) et retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)
- Souffrance fœtale avant le début du travail, chez un enfant né vivant (768.2)
- Souffrance fœtale remarquée d'abord pendant le travail, enfant né vivant (768.3)
- Détresse fœtale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Asphyxie obstétricale sans précision, chez un enfant né vivant (768.9)

Conditions au niveau du placenta

- Placenta praevia (641.1)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Fœtus/nouveau-né affecté par placenta praevia (762.0)

Conditions maternelles

- Maladie infectieuse : sida (042.9)
- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Pré-éclampsie ou éclampsie greffée sur hypertension préexistante (642.7)
- Maladie infectieuse : hépatite aiguë (646.7)

Complications obstétricales

- Rupture utérine (665.1)

INDEX

Page

R - APPAREIL GLANDULAIRE

Thyroïde	R-2
Parathyroïde	R-2
Surrénales	R-2

R - APPAREIL GLANDULAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.

Introduction

+06310	Implantation sous-cutanée de substance hormonale . . .	12,70	
--------	--	-------	--

THYROÏDE*Incision*

+06076	Drainage d'abcès, soins complets	65,35	3
--------	--	-------	---

Excision

+06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	143,90	4
+06151	Thyroïdectomie subtotale (bilatérale)	487,40	7
+06152	Hémithyroïdectomie (lobectomie)	358,70	5
+06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	147,05	3
+06180	Excision de nodule solitaire.	170,75	3
+06280	Thyroïdectomie totale	592,05	7
+06281	Reprise de thyroïdectomie pour goître restant	579,85	7
+06282	Thyroïdectomie par voie transsternale pour un goître intra-thoracique	539,65	7
	Thyroïdectomie totale ou subtotale		
+06283	avec évidement radical des ganglions cervicaux	861,85	12
+06284	avec évidement localisé des ganglions cervicaux	680,40	9

PARATHYROÏDE*Exploration et/ou excision*

+06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	647,50	10
+06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	685,55	9
+06181	Transplantation de parathyroïde, une (1) ou plusieurs, supplément	124,95	

AVIS : Lorsqu'un acte porte la mention « un » ou « plusieurs » ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

SURRÉNALES

+06286	Surrénalectomie bilatérale et/ou exploration (toute technique)	554,75	12
+06179	Exploration surrénalienne avec ou sans surrénalectomie, uni ou bilatérale, pour endocrinopathie ou tumeur primitive, incluant le phéochromocytome	724,45	12

INDEX

	<i>Page</i>
#S - SYSTÈME NERVEUX	
CRÂNE ET ENCÉPHALE	S-2
Lésions expansives tumorales	S-2
Lésions infectieuses et parasitaires	S-3
Lésions vasculaires.	S-4
Lésions vasculaires cervicales.	S-5
Lésions traumatiques	S-5
Liquide céphalorachidien	S-5
Malformation congénitale crânio-encéphalique.	S-6
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS	S-8
Chirurgie du nerf facial	S-8
Divers	S-8
RACHIS, MOËLLE, QUEUE DE CHEVAL	S-9
Tumorale	S-9
Dégénérative et traumatique	S-9
Lésions vasculaires.	S-10
Lésions infectieuses	S-10
Malformations congénitales du rachis et moëlle épinière	S-10
Neurochirurgie fonctionnelle.	S-11
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	S-12
Divers	S-13

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : - Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.
- Voir l'article 8.2 du préambule particulier de la chirurgie.

CRÂNE & ENCÉPHALE

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)

Sus-tentorielles :

+07520	Lésions des ventricules latéraux	1 233,40	17
+07521	Lésions du IIIe ventricule	1 409,60	17
+07522	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 321,50	17
+07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex : crâniopharyngiome, gliome extra orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 585,80	17
+07524	Lésions de la région pinéale	1 585,80	17
+07525	Lésions de la voûte du crâne	440,50	11
+07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 057,25	17
+07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	969,10	17
+07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quelque soit le nombre de biopsies)	437,05	9

Sous-tentorielles

+07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 145,30	17
+07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 233,40	17
	Tumeur du tronc cérébral		
+07531	biopsie seulement	1 145,30	17
+07532	exérèse 50 % et plus	1 938,25	17
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
+07533	5 cm ou moins	1 409,60	17
+07534	plus de 5 cm	1 938,25	17

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
+07535	adénome enclos (grade 0, I & II)	969,10	17
+07536	adénome envahissant (grade III & IV)	1 013,15	17
+07537	crâniopharyngiomes	1 101,25	17
+07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 013,15	1
+07539	approche par septorhinoplastie, supplément	220,30	

		R = 1	R = 2
	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
+07540	Stade A	1 057,25	17
+07541	Stade B	1 233,40	17
+07542	Stade C & D (géants)	1 409,60	17
+07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 013,15	17
+07544	approche par septorhinoplastie, supplément.	220,30	
+07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par crâniotomie.	1 585,80	17
+07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur ...	1 409,60	17
+07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 057,25	17
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
+07548	2/3 externe	1 057,25	17
+07549	1/3 interne	1 409,60	17
+07550	Lésions du Clivus	1 938,25	17
+07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	1 585,80	17
	Lésions de la tente :		
+07552	infratentorielles.	1 321,50	17
+07553	supratentorielles	1 233,40	17
+07554	combinées	1 938,25	17
+07555	Lésions intra-orbitaires par crâniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite.	1 585,80	17
+07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	1 938,25	17
Lésions infectieuses & parasitaires			
<i>Sus-tentorielles :</i>			
	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
+07557	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	969,10	17
+07558	sous-durales	616,75	17
+07559	épidurales	616,75	17
+07560	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention.	440,50	11
+07561	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention .	440,50	11
+07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	396,45	9
<i>Sous-tentorielles :</i>			
	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
+07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 145,30	17
+07564	sous-durales	792,90	17
+07565	épidurales	792,90	17

		R = 1	R = 2
+07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	660,75	14
+07567	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	660,75	14
+07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie).	616,75	14

Lésions vasculaires

NOTE : Définition des grades

on établit le grade en additionnant le pointage des trois éléments suivants :

- a) grosseur du nidus : petit (moins de 3 cm) 1
moyen (3 à 6 cm) 2
large (plus de 6 cm) 3
- b) cerveau éloquent : non 0
oui 1
- c) composante vasculaire profonde : non 0
oui 1

Sus-tentorielles :

	Crâniotomie pour cure d'anévrisme :		
+07570	première, quelque soit sa morphologie.	1 409,60	17
+07571	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel supplément	352,40	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'anévrisme dans la case UNITÉS.

+07573	Si anastomose extra/intracrânienne, supplément	440,50	
	Crâniotomie pour malformation artérioveineuse		
+07574	grade 1	1 233,40	17
+07575	grade 2	1 480,05	17
+07576	grade 3	1 726,75	17
+07577	grade 4	1 973,45	17
+07578	grade 5	2 220,15	17
+07579	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	881,00	17
	Évacuation d'hématome intracérébral autre que traumatique :		
+07580	par crâniotomie	704,85	14
+07581	par trépanation ou crâniectomie et aspiration	352,40	9
+07582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	969,10	17
+07583	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien	1 497,70	17

Sous-tentorielles :

+07584	Crâniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire toute technique	1 761,95	17
	Crâniotomie pour malformation artérioveineuse :		
+07585	grade 1	1 409,60	17
+07586	grade 2	1 656,30	17
+07587	grade 3	1 903,00	17
+07588	grade 4	2 149,70	17
+07589	grade 5	2 396,35	17
+07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	971,35	17
+07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 145,30	17
+07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 233,40	17

Lésions vasculaires cervicales

+07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne	792,90	17
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.		

Lésions traumatiques

+07595	Crâniotomie pour traumatisme crânien	881,00	17
+07596	avec reconstruction crânio-orbitaire dans la même séance, supplément	176,15	
----	Trépanation simple	(Voir Actes diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
+07597	unilatéral	582,80	14
+07598	bilatéral	858,30	17

Liquide céphalorachidien

Dérivation interne :

+07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	484,55	14
+07613	Dérivation ventriculaire double en y	641,35	14

Révision d'une dérivation :

+07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	308,35	11
+07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	660,75	14
+07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	308,35	9

Ventriculostomie du IIIe ventricule pour hydrocéphalie

+07618	par crâniotomie	616,75	14
+07619	par stéréotaxie	616,75	17
+07620	par endoscopie	616,75	17

Autres procédures :

+07621	Torkildsen	484,55	14
+07622	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	220,30	7
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
+07623	unilatérale	440,50	11
+07624	bilatérale	528,55	14
	Dérivation kysto-péritonéale :		
+07625	supratentorielle	440,50	11
+07626	infratentorielle	484,55	14
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
+07627	supratentorielle	440,50	14
+07628	infratentorielle	484,55	14

Malformation congénitale crânio-encéphalique*Crâne :*

	Crâniosténose :		
+07629	correction neurochirurgicale de crâniosténose simple ..	528,55	14
+07630	correction neurochirurgicale de crâniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	792,90	17
+07631	correction neurochirurgicale de crâniosténose com- plexe	1 145,30	17
07632	NOTE : Si le médecin fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	

AVIS : Voir 1.1.2, règle 1 du préambule général.

+07633	Morcellation crânienne pour crâniotomie multiple	616,75	14
--------	--	--------	----

Méninges & Encéphale :

	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
+07634	supratentorielle	616,75	17
+07635	infratentorielle	704,85	17
+07636	base du crâne	792,90	17
	Crâniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
+07637	supratentoriel	704,85	17
+07638	infratentoriel	792,90	17
	Drainage d'hygroma congénital :		
+07639	par trou de trépan seulement	229,15	11
+07640	par crâniotomie	484,55	14
+07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 145,30	17

Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :

+07642	Installation du cadre plus technique de localisation (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	220,30	7
+07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	132,15	
+07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	616,75	14
+07644	chirurgie stéréotaxie pour mouvements anormaux, spasticité ou rigidité, douleur, épilepsie ou installation d'électrodes permanents (comprend le mapping et la lésion ou doit faire interruption stéréotaxie de faisceaux) incluant la technique de localisation	1 145,30	17
+07645	si lésion bilatérale, supplément	308,35	
+07646	exploration stéréotaxie d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :		
+07646	unilatérale	792,90	17
+07647	bilatérale	1 057,25	17
	localisation et radiothérapie stéréotaxique incluant la technique de localisation :		
+07648	externe	528,55	11
+07649	interstitielle	792,90	17
+07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	792,90	17
+07651	implantation stéréotaxie de tissu vivant incluant la technique de localisation	679,95	17
	crâniotomie stéréotaxique et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation :		
+07652	corticale & sous-corticale	1 189,40	17
+07653	thalamique des noyaux gris centraux	1 321,50	17
+07654	si plus de 3 cm, supplément	176,15	

Neurochirurgie de l'épilepsie

+07655	Exérèse corticale focale	792,90	17
+07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 145,30	17
+07657	Lobectomie	1 057,25	17
	Callosotomie		
+07658	partielle	969,10	17
+07659	totale	1 321,50	17
+07660	Hémisphérectomie	1 761,95	17
	Insertion d'électrodes		
+07661	épidurales	220,30	5
+07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	88,10	
+07663	au trou ovale	220,30	5
+07664	sous-durales par crâniotomie	528,55	11

		R = 1	R = 2
+07665	Transection sous-piale	881,00	17
+07700	Utilisation peropératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	146,85	
	NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux services médicaux codés 07655, 07656, 07657, 07658, 07659 et 07665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.		

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

	Anastomose d'un nerf crânien :		
	intracrânien		
+07667	avec greffe	881,00	17
+07668	sans greffe	792,90	17
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
+07669	avec greffe	264,30	
+07670	sans greffe	176,15	
	extracrânien :		
+07671	avec greffe	704,85	14
+07672	sans greffe	616,75	14
+07673	Section du XI dans le cou	176,15	7
+07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau	440,50	11
+07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	969,10	17

Chirurgie du nerf facial

	Décompression :		
+07600	portions mastoïdienne et tympanique	469,90	7
+07601	incluant le ganglion géniculé, supplément	217,55	
+07602	par fosse moyenne	783,10	17
+07603	totale	1 196,40	17
+07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	217,55	
+07605	anastomose, supplément	108,75	
+07606	greffe incluant prise de greffon, supplément	271,95	
	Réparation :		
+07607	anastomose XII - VII	814,40	17
+07608	avec greffe incluant prise de greffon	946,25	17

Divers

	Crâniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
+07677	sous-temporale	352,40	14
+07678	sous-occipitale	440,50	14

		R = 1	R = 2
	Crânioplastie :		
+07679	acrylique ou métal ou repose du volet	528,55	11
+07680	avec reconstruction osseuse autogène	881,00	17
07681	Lobectomie temporale autre que pour épilepsie	C.S.	17
<u>AVIS :</u> Voir 1.1.2 règle 1 du préambule général.			
+07682	Révision de la crâniotomie faite antérieurement pour hémato- me intracrânien, fistule de liquide céphalo- rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne.	704,85	17
	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	881,00	17
+07699	si faite par voie endonasale.	391,55	14
+07683	Crâniectomie pour exophtalmie incluant la décompres- sion orbitaire.	264,30	9

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

Tumorale

	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
+07684	par voie postérieure.	660,75	14
+07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant.	881,00	17
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
+07686	un à quatre métamères	1 057,25	17
+07687	plus de quatre métamères	1 761,95	17
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
+07688	un à quatre métamères	1 321,50	17
+07689	plus de quatre métamères	2 202,55	17
+07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression.	824,60	17
+07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	1 761,95	17
+07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie anté- rieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant	1 761,95	17

Dégénérative et traumatique

+07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	687,45	14
+07701	Décompression de moëlle ou queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours)	528,55	14
	NOTE : Ne peut être utilisé pour une chirurgie de la colonne faite conjointement avec un autre médecin.		

Lésions vasculaires

+07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse dure avec démonstration radiologique pré-opératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	660,75	14
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
+07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 321,50	17
+07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 202,55	17
+07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 321,50	17
+07697	Laminectomie pour hématome épidual primaire	660,75	14

Lésions infectieuses

+07713	Traitement chirurgical d'abcès épuraux quelque soit le nombre de niveaux	660,75	14
+07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 057,25	14
+07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	881,00	14
+07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 321,50	17

Malformations congénitales du rachis & moëlle épinière*Rachis :*

	Résection de l'odontoïde par approche trans-orale pour décompression du tronc cérébral et de la moëlle cervicale incluant la trachéotomie		
+07718	temps du neurochirurgien	1 189,40	17
+07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	391,55	
+07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	88,10	
+07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	132,15	
+07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	352,40	9

Méninges :

	Réparation de méningocèle cervical :		
+07723	antérieur	1 057,25	17
+07724	postérieur	660,75	14
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
+07725	antérieur	1 057,25	17
+07726	postérieur	660,75	14

		R = 1	R = 2
+07727	Réparation de méningocèle sacré : antérieur	881,00	17
+07728	postérieur	660,75	14
+07729	Réparation de méningocèle intraspinal (kyste extradural)	660,75	14
+07740	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	352,40	14
+07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	572,65	14
Moëlle épinière & queue de cheval :			
+07730	Réparation de myéломéningocèle	881,00	17
Traitement chirurgical de diastématomyélie :			
+07731	un sac dural	704,85	14
+07732	deux sacs durs	1 145,30	17
+07733	si libération d'une moëlle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	176,15	
Traitement de moëlle ancrée :			
+07734	première intervention	660,75	14
+07735	réintervention	881,00	17
Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:			
+07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	792,90	17
+07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoï- dienne	792,90	17
+07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	969,10	17
Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :			
+07739	intradural	176,15	7
Neurochirurgie fonctionnelle			
Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouve- ments anormaux :			
rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et foraminotomie :			
+07751	une racine	616,75	14
+07752	chaque racine additionnelle	44,05	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nom- bre total de racines dans la case UNITÉS.			
+07753	radiclectomie postérieure sélective incluant la lami- nectomie	678,35	14
+07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	61,70	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de 1/2 heure supplémentaire dans la case UNITÉS.			

		R = 1	R = 2
+07755	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie : une racine.	484,55	11
+07756	chaque racine additionnelle	44,05	
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de racines dans la case UNITÉS.			
+07757	dénervation sélective de muscles pour torticolis spasmodique	220,30	7
+07758	ramisectomie postérieure : unilatérale	660,75	14
+07759	bilatérale	881,00	14
+07760	Cordotomie ou myélotomie : myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	772,85	14
+07762	tractotomie trigéminalle ouverte	733,60	14
+07763	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale : cordotomie (incluant la stimulation)	352,40	9
+07764	rhizotomie postérieure : une ou deux racines	88,10	9
+07765	trois racines ou plus	143,00	
+07766	tractotomie trigéminalle	352,40	14
+07767	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion : implantation d'électrodes par laminectomie	440,50	11
+07768	implantation d'électrodes percutanées	264,30	7
+07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion implantation de cathéter : per cutané	333,65	5
+07770	par laminectomie	291,35	5
+07771	par laminectomie	476,60	11
+07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	44,05	5
+07773	Révision du stimulateur ou de la pompe	264,30	5
+07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant l'examen effectué à la même séance		
+	Maximum : 1 par trois mois, par patient	63,05	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

+07172	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique : nerf majeur	190,85	5
+07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital)	172,90	4
+07790	névrome d'un nerf digital	107,95	4
+07216	Sympathectomie : cervico-dorsale, unilatérale	303,45	9
+07214	péri-aortique	73,45	5
+07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	269,80	7
+07220	lombaire : unilatérale	280,60	7
+07207	lombaire au cours de chirurgie aortique : unilatérale, supplément	62,55	
+07208	bilatérale, supplément	90,70	
---	présacrée (Voir Gynécologie; utérus et col utérin)		

		R = 1	R = 2
+07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site	132,25	3
+07792	Neurolyse d'un nerf majeur	188,85	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
+07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien	117,45	3
+07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse . . .	97,15	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
+07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	117,45	3
+07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	95,95	4
+07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	73,45	4
	Plexus brachial		
+07468	dissection sous-claviculaire	489,50	11
+07469	dissection sus-claviculaire	562,05	11
+07787	dissection sus et sous-claviculaire	734,15	14
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
+07788	chaque anastomose, supplément	195,80	2
+07789	chaque greffe, supplément	293,70	2
+	selon les services rendus jusqu'à un maximum de . . .	1 762,20	
	En anesthésie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		
	<u>AVIS :</u> Joindre le compte rendu opératoire lorsque le code d'acte 07788 ou 07789 est facturé en rôle 1.		
+07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée.	171,30	5
+07473	Greffe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant.	587,30	11
+07474	Greffe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant.	305,55	9
	Microanastomose de nerf périphérique		
+07797	nerf majeur	377,75	9
+07798	nerf mineur	220,30	7
	Greffe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
+07475	nerf majeur	293,70	7
+07476	nerf mineur	195,80	5
+07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf	325,40	11
+07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc.	102,75	4
+07799	Suture nerveuse (neurorrhaphie)	97,90	6

		R = 1	R = 2
	Divers		
+07795	Rhizotomie per-cutanée sous fluoroscopie, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	311,60	9
+07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	377,75	7

INDEX

Page

#T - APPAREIL VISUEL

Globe oculaire	T-2
Cornée	T-2
Sclérotique	T-3
Iris et corps ciliaire	T-3
Cristallin	T-4
Corps vitré	T-4
Rétine	T-5
Muscles oculaires	T-6
Orbite	T-6
Paupières et sourcils	T-7
Cils	T-8
Conjonctive	T-8
Appareil lacrymal	T-9
Corps étranger	T-10
Traumatisme oculaire	T-10

T - APPAREIL VISUEL

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.**

GLOBE OCULAIRE

+07045	Goniotomie ou gonionpuncture ou les deux	329,05	5
+07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accollement du vitré à la cornée	196,15	4
	Enucléation		
+07133	simple	144,95	3
+07134	avec mise en place d'implant.	238,50	4
	Éviscération		
+07136	avec mise en place d'implant.	181,20	4
+07356	Implantation secondaire	187,30	3
+07358	Grefe de sclérotique pour extrusion d'implant.	241,65	5
+07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.).	181,20	4
+07237	Trabéculotomie et trabéculéctomie avec ou sans iridectomie	417,25	6
+07047	Prélèvement de l'oeil d'un cadavre, unilatéral ou bilatéral	47,95	

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.*

- *Inscrire un « A » dans la case C.S. et indiquer le numéro d'assurance maladie du receveur dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

+07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculéctomie	489,50	7
--------	--	--------	---

CORNÉE

+07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact.	81,60	3
+07142	Kératectomie (avec ou sans exérèse de ptérygion)		
	partielle	86,75	2
+07225	totale	90,65	2

		R = 1	R = 2
+07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	104,95	3
+07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	155,45	4
+07362	Recouvrement conjonctival	181,20	4
+07364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse . .	510,30	7
+07384	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de quatre (4) dioptries	302,05	5
+07479	Incision relaxante pour corrections d'astigmatisme (après une greffe de cornée)	143,20	3
	Curetage et/ou cautérisation		
+07806	sous anesthésie locale	24,95	
+07807	sous anesthésie générale	55,95	2
+07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	47,95	3
+07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	133,25	4
+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.	533,00	7

SCLÉROTIQUE

+07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien).	90,65	3
+07226	Sclérectomie pour glaucome	211,45	4
+07368	Greffe sclérale	241,65	5

IRIS ET CORPS CILIAIRE

+07801	Iridotomie, iridectomie, trabéculoplastie, par photocoagulation ou par Laser YAG	147,00	4
+07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG	144,65	4
+07815	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	80,15	4
+07804	Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	367,50	6
+07814	Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intraoculaires	181,20	5
+07051	Sphinctérotomie	144,95	3
+07052	Synéctomie irienne (corélyse)	90,65	4
+07169	Excision lésion irienne	253,75	4
+07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	386,65	5
+07137	Iridectomie périphérique ou complète	187,30	4
+07305	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	133,25	3
+07372	Iridodialyse (réparation)	187,30	4
+07805	Iridencléisis	188,50	3
+07811	Cyclodialyse	188,50	3
+07812	Cyclodiatthermie ou cyclocryothermie	123,20	4

CRISTALLIN

	Cataracte, incluant les iridectomies		
+07261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire (*)	435,65	5
+07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	274,70	5
	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée		
+07262	manoeuvre extra oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux	30,20	3
+07263	manoeuvre intra oculaire incluant les sutures de McCannel	120,85	4
+07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	211,45	4
+07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé (*)	353,15	6
+07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un patient de seize (16) ans ou moins	402,45	6
	Cataracte membraneuse		
+07055	discission	122,55	3
+07234	avec ciseaux	181,20	3
+07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré par laser YAG	144,95	4
+07006	réintervention au même oeil dans les quatre (4) mois par le même chirurgien	80,15	4

CORPS VITRÉ

+07240	Vitrectomie antérieure (Ex. : avec bruteur - appareil motorisé à vitrectomie)	211,45	4
+07309	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	65,35	3
+07325	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie	217,55	4
+07375	Transplantation ou remplacement de vitré	181,20	5
+07239	Vitrectomie par la pars plana avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	466,20	6
+07285	Vitrectomie par la pars plana avec dissection de membranes épitréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	546,80	9
+07295	Section de bande du vitré excluant le laser YAG	481,80	6
+07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	144,65	3

AVIS :

(*) 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 n° 1944 (Document complémentaire).

RÉTINE*Réparation*

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
+07298	superficiel	60,40	3
+07299	profond	120,85	4
	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure		
+07292	première intervention	197,95	8
+07293	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	97,90	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	481,70	8
+07409	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	567,90	9
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale tumeur	235,55	3
+07310	lésion hémorragique ou vasculaire	245,05	3
+07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	302,05	7
+07466	extraction d'une plaque de cobalt	61,00	4
	Photocoagulation, au laser ou autre procédé		
+07311	première intervention	144,95	4
+07312	réintervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre (4) mois suivant la première intervention par le même médecin	84,60	4
	<u>AVIS :</u> Incrire dans la description des services la pathologie requérant l'intervention subséquente.		
+07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	118,40	3
+07376	Rétinopexie par diathermie ou cryo-technique (après ouverture de la conjonctive)	235,65	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme : incluant les ductions forcées

Premier muscle, un œil 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	323,80	4
+07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	320,90	4
+07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	342,65	4
+07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	382,70	5
Supplément pour muscle additionnel			
+07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (*)	35,25	
+07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (*)	39,60	
+07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (*)	43,50	
+07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (*)	54,40	
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 (1) ou plusieurs muscles.	350,65	5
+07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	304,55	5
+07377	Réparation à la suite de traumatisme	353,45	5
+07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	108,75	

ORBITE

+07061	Fenestration du nerf optique	339,50	9
+07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	98,05	3
Orbitotomie latérale (Kronlein)			
+07281	décompression	326,30	6
+07282	tumeur	537,40	9
+07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	356,45	6
+07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	537,40	9
+07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	298,95	6
Exentération simple			
+07242	sans greffe	254,95	5
+07243	avec greffe	618,80	9
+07380	Plastie du plancher de l'orbite	276,50	4
+07379	Réduction de fractures de l'orbite	181,20	3

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case UNITES.

PAUPIÈRES ET SOURCILS

----	Chirurgie du punctum	(Voir appareil lacrymal)	
----	Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive)	(Voir conjonctive)	

Incision

+07065	Ouverture d'orgelet et drainage	13,55	3
	Ouverture et drainage d'abcès		
+07066	anesthésie locale	13,60	
+07067	anesthésie générale comprenant l'examen sous anes- thésie générale	54,30	2

Excision

+07173	Chalazion	27,80	3
	Néoplasme		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne		
+07156	n'intéressant pas le rebord de la paupière.	29,60	2
+07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur	177,95	4
	Kyste de la queue du sourcil		
+07176	superficiel.	99,90	2
+07177	intraorbitaire	316,40	3
	Xanthélasma		
+07245	exérèse simple unique	20,40	2
+07246	exérèse simple multiple, uni ou bilatéral	31,30	2
+07247	exérèse avec greffe cutanée.	157,10	2
+07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptose palpébrale	39,30	3
+07420	Réparation du canthus interne ou externe	102,65	4
+07421	Réparation du canthus interne avec réparation du liga- ment palpébral interne	157,05	3
+07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blé- pharophimosis	458,10	7
	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépha- rorraphie		
+07428	sous anesthésie locale	12,10	
+07429	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anes- thésie générale	48,35	2
	Ectropion ou entropion		
+07248	technique simple (Fox, etc.)	90,65	4
+07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe.	181,20	4
+07813	cautérisation (incluant l'examen).	20,90	

Réparation

+07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques.	477,00	7
	Blépharoplastie		
+07391	simple excision de la peau d'une paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés	62,80	2
+07393	excision de la peau, graisse orbitaire et reconstruction du pli de la paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés	211,45	3

AVIS : *Inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

	Ptose		
+07394	suspension au frontal	151,00	4
+07385	fasanella ou autre technique	118,40	4
+07395	résection du releveur	270,00	4
+07396	réintervention.	302,05	5
+07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	117,45	4
	Lacération de la paupière		
+07386	n'intéressant pas le bord libre	33,30	3
+07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	173,10	4
+07403	Tarsorrhaphie.	90,65	4

CILS

+07400	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie locale.	20,65	
+07401	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie générale incluant l'examen.	48,35	2
	Trichiasis localisé		
+07402	opération par résection sectorielle requérant la reconstruction du rebord de la paupière.	146,20	4
+07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	263,65	3

CONJONCTIVE

+07070	Péritomie	42,30	3
+07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	19,85	3
	Excision de tumeur		
+07178	bénigne ou kyste sous anesthésie locale (P.G. 2.4.7.7 A)	26,50	
+07183	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	48,35	2

		R = 1	R = 2
+07179	maligne, excision simple	150,80	4
+07180	maligne, excision avec greffe	235,65	4
+07405	Plastie conjonctivale avec greffe	138,95	4
+07406	Symlépharon ou ankyloblépharon, technique simple	18,75	3
+07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	159,80	4
+07407	excision avec greffe	271,90	5
	Réparation de plaie traumatique		
+07410	suture simple de la conjonctive sous anesthésie locale	31,30	
+07434	suture simple de la conjonctive sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie	50,30	2
+07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	138,95	4
+07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	70,10	4

APPAREIL LACRYMAL

+07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacrycystotomie)	31,35	3
+07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	33,20	3
+07252	Dacryocystectomie	144,95	3
+07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	422,85	7
	Chirurgie du punctum		
+07053	entropion	31,35	3
+07054	ectropion	32,65	3
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation		
	sous anesthésie locale		
+07317	un (1) oeil	13,50	
+07327	deux (2) yeux	20,40	
	sous anesthésie générale		
+07318	un (1) oeil	52,35	2
+07328	deux (2) yeux	48,35	2
	Intubation du canal lacrymal		
+07319	un (1) oeil	90,65	3
+07329	deux (2) yeux	120,85	4
+07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	26,70	3
+07458	Réparation des canalicules sectionnés	240,05	4
+07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	241,65	5
+07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	271,90	5
+07459	Canaliculo-dacryo-cysto-rhinostomie	332,25	5
+07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales sous anesthésie générale	53,25	3
+07460	Réintervention pour dacryo-cysto-rhinostomie	271,90	5

CORPS ÉTRANGER

	Extraction d'un corps étranger intraoculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée)		
+07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) . segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie	208,30	4
+07152	magnétique	329,55	6
+07153	non-magnétique	366,30	5
	cornéen		
+07154	sous anesthésie locale	21,05	
+07155	sous anesthésie générale	54,50	2
+07199	intraorbitaire derrière le septum	259,10	5
	conjonctival		
+07204	sous anesthésie locale	6,90	
+07206	sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie générale et la fermeture de la conjonctive .	55,90	2

TRAUMATISME OCULAIRE

+07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire avec péritomie et désinsertion de un ou plusieurs muscles dans le but d'éliminer une perforation oculaire	151,00	3
+07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	211,45	4
+07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère	302,05	5
+07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliniennes et/ou de vitré	483,35	9

INDEX

Page

#U - APPAREIL AUDITIF

Oreille externe	U-2
Oreille moyenne	U-3
Oreille interne	U-5

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.**

OREILLE EXTERNE*Incision*

+07075	Hématome (P.G. 2.4.7.7 B)	34,25	3
+07076	Abcès du conduit (P.G. 2.4.7.7 A)	33,85	3

AVIS : Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général .

Excision

+07150	Fistule préauriculaire	181,60	4
	Kyste		
----	préauriculaire		
----	du lobule		
+07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	118,60	3
+07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	263,85	5
+07186	avec évidement cervical	424,20	12
+07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube)	30,05	3
+07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	63,10	4

Voir code 5172 système digestif
Voir code 1172 peau, phanères

Réparation

+07481	Cochléo-sacculotomie	352,40	5
	Malformation congénitale		
+07422	mineure (*)	106,60	2
+07423	majeure (*)	181,60	3
+07424	Prominauris unilatéral chez un patient de moins de 18 ans	181,60	4

AVIS : (*) Joindre le compte rendu opératoire.

		R = 1	R = 2
+07425	Otoplastie, reconstruction du pavillon absence partielle	179,95	3
	absence totale		
+07412	premier temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale	598,25	11
+07415	deuxième temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	146,85	3
+07417	troisième temps : reconstruction du lobule	146,85	3
	NOTE : Si le deuxième temps et le troisième temps sont effectués à la même séance, l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas au quatrième temps : greffe cutanée		
	(Voir « greffes libres »)		
+07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	352,40	5

OREILLE MOYENNE

Incision

	Myringotomie		
+07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale . . .	54,15	3
+07078	Paracentèse unilatérale	29,65	3
+07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier .	130,55	4
+07082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la sec- tion de la corde du tympan incluse	132,40	4
+07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	239,30	5

Excision

07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non): (Inclus dans la prestation de l'examen ou du service médical associé.)		3
+07187	Polype de l'oreille moyenne	33,15	3
	Mastoïdectomie		
+07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	212,10	4
+07259	radicale ou modifiée sans reconstruction ossiculaire (Bundy)	326,30	5
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne		
+07487	sans fraisage, ni modification du conduit	70,70	4
+07488	avec plastie de Conque par voie postérieure	135,95	4
+07489	avec moulage du mur du facial	190,35	4
+07490	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne .	326,30	5

		R = 1	R = 2
+07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope	24,60	3
+07257	Stapédectomie	337,20	6
+07270	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule	408,95	6
+07286	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	233,85	3
<i>Réparation</i>			
+07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire au même site opératoire	12,65	3
+07449	Myringoplastie (a minima)	97,90	4
+07450	Tympanoplastie	217,55	5
+07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie)	352,40	6
+07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	60,00	
	Masto-tympanoplastie		
+07491	sans reconstruction ossiculaire	374,15	5
+07437	avec conservation du canal osseux externe incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire)	435,05	5
+07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	54,40	
+07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	598,25	9
+07438	Oblitération de cavité mastoïde	352,40	5
+07439	Fénelation du canal semi-circulaire externe	352,40	5
	Décompression du facial (incluant la mastoïdectomie et l'approche endoaurale)		
+07343	sans greffe	402,45	6
+07344	avec greffe nerveuse	533,00	7
+07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	139,20	4
+07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	342,65	6
+07494	Insertion mastoïdienne d'audio-implant	380,70	5
+07486	Implantation cochléaire à canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le médecin chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	2 284,10	16
+07493	Implantation cochléaire à mono-électrode (mono-canal) incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le médecin chirurgien au cours de l'hospitalisation dans un établissement autorisé par le Ministre	1 740,20	16

AVIS : Pour les codes **07486** et **07493** inscrire le code de l'établissement dans la case appropriée.

OREILLE INTERNE*Excision*

+07188	Exérèse de tumeur du conduit auditif interne par voie trans-labyrinthique ou par voie d'approche de la fosse moyenne	904,95	12
07265	Exérèse de glomus jugulaire	C.S.	4

AVIS : Voir la règle 1.1.2, préambule général.

+07266	Temporalectomie	598,25	12
+07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire.	352,40	6
	Labyrinthectomie		
+07268	par oreille moyenne	326,30	6
+07269	par voie transmastoiïdienne	423,70	5
+07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	342,65	5

Introduction

+07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale.	239,30	5
--------	---	--------	---

Réparation

+07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique).	473,15	7
+07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	492,05	5

INDEX

	<i>Page</i>
#V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
PRÉAMBULE PARTICULIER	V-2
TABLEAU DES HONORAIRES	V-5
Tête et cou	V-5
Colonne et bassin	V-6
Membres supérieurs	V-6
Membres inférieurs	V-6
Études du squelette	V-7
Thorax	V-7
Abdomen	V-7
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-7
Voies génito-urinaires	V-8
Obstétrique et gynécologie	V-8
Fluoroscopie diagnostique	V-9
Examens spéciaux, incluant la scopie, le cas échéant	V-9
Angioradiologie (technique)	V-10
Angioradiologie (interprétation)	V-11
Tomographie par ordinateur	V-12
Tarif de révision en tomodensitométrie	V-12
PROTOCOLE 1	
Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-13

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

AVIS : *Sur la Demande de paiement - Médecin n° 1200, 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 CONSULTATION DEMANDÉE PAR. Si vous êtes également le médecin traitant, y inscrire votre identification.*

RÈGLE 1. TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation n° 1606 sauf indication contraire aux tarifs. Voir la brochure SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT.*

1.2 On lui accorde également ce tarif pour un examen qu'il effectue chez un patient dont il est le médecin traitant.

TARIF DE LABORATOIRE

1.3 Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7) *(Voir l'AVIS sous la règle 1.4)*

1.4 S'ajoute l'honoraire de consultation s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS :

- *Utiliser la Demande de paiement - Médecin n° 1200;*
- *Pour facturer les honoraires de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et le tarif correspondant;*
- *Pour facturer les honoraires de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et le tarif correspondant;*
- *Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été transmis par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

1.5 En laboratoire, seul l'examen dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis donne droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.6 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement

RÈGLE 2. EXAMENS

2.1 Le médecin qui, à la demande écrite du médecin traitant, exerce une activité radiologique, est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3. EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le 2^e acte.*

RÈGLE 4. FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5. EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues, l'introduction d'air et de bariüm sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de 5 films grand format de l'abdomen.

RÈGLE 6. TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de bariüm approprié.

RÈGLE 7. EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques. (*)

RÈGLE 8. NEZ ET SINUS

8.1 Aucun honoraire n'est payé pour un examen du nez ou des sinus pratiqué chez un patient dirigé pour une radiographie du crâne, sauf indications cliniques. (*)

RÈGLE 9. EXAMEN DE LA COLONNE

9.1 On ne peut demander paiement d'une radiographie simple de la colonne lors d'une myélographie sauf si le patient n'a pas subi cet examen ou si les clichés de cet examen n'ont pu être obtenus.

RÈGLE 10. PHARYNX ET OESOPHAGE

10.1 On ne peut demander paiement du code « Pharynx et oesophage (ciné ou vidéo) » ni du code « Tissus mous du cou » en sus d'un examen du tube digestif supérieur, sauf indications cliniques. (*)

RÈGLE 11. COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

11.1 Le médecin ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques. (*)

RÈGLE 12. BILATÉRALITÉ

12.1 Le médecin qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : (*) **Règles 7, 8, 10 et 11 :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 13. RADIOGRAPHIE DENTAIRE

13.1 Les radiographies dentaires sont payées par la Régie, lorsqu'elles sont pratiquées en centre hospitalier chez un patient qui y reçoit des soins de chirurgie buccale.

Il en est de même des radiographies dentaires pratiquées en laboratoire privé chez un bénéficiaire du programme de soins dentaires.

RÈGLE 14. SUBSTANCES DE CONTRASTE

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

À titre exceptionnel, les substances à faible osmolalité sont payées par le patient, sauf dans le cas de la myélographie.

RÈGLE 15. ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

- + **15.1** On accorde un supplément de 38,05 \$ au médecin qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

Ce supplément est également accordé, dans les mêmes circonstances, pour une hospitalisation d'un jour, en externe.

AVIS : - Utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
 - Pour un patient **hospitalisé**, inscrire le code d'acte **09222** et pour un patient en **hospitalisation d'un jour**, en externe, inscrire le code d'acte **09299**.
 - Inscrive le code d'établissement relié au code d'acte facturé.

- + **15.2** Le médecin qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 13,05 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : Pour facturer les visites, utiliser le code **09223**, sur la Demande de paiement - Médecin n° 1200 et inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.

RÈGLE 16. STÉRÉOSCOPIE

16.1 Deux films effectués pour un examen en stéréoscopie sont considérés comme deux incidences dans le cas d'un examen du crâne, du massif facial, des sinus ou de la colonne cervicale.

RÈGLE 17. TARIFICATION

17.1 Le médecin qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS : Inscrive le modificateur **009** dans la case MOD, consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 18. RAPPORT

18.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : La révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagnée des modificateurs **008** en cabinet ou **021** en établissement.

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

- AVIS :**
- **En cabinet**, utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
 - **En établissement**, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606. Voir la Brochure Services de laboratoire en établissement.
 - Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou 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.
 - Les services effectués à des **séances différentes** doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant (**094 ou un de ses multiples**). Voir Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

TÊTE ET COU

	Crâne		
+ 08010	trois (3) incidences ou moins	30,30	5,30
+ 08013	quatre (4) incidences ou plus	37,65	7,45
	Selle turcique		
+ 08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,85	6,00
	Massif facial		
+ 08123	trois (3) incidences ou moins	23,10	5,95
+ 08124	quatre (4) incidences ou plus	28,85	7,35
	Nez		
+ 08031	minimum de deux (2) incidences	15,15	3,65
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
+ 08023	minimum de trois (3) incidences	23,10	5,95
	Articulations temporo-maxillaires		
+ 08024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	23,10	5,95
	Sinus		
+ 08125	trois (3) incidences ou moins	22,00	5,35
+ 08126	quatre (4) incidences ou plus	26,30	7,35
	Mastoïdes - bilatérales		
+ 08076	minimum de six (6) incidences	26,35	8,50
	Conduit auditif interne		
+ 08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	23,85	5,80
	Oeil		
+ 08030	recherche de corps étranger	15,05	6,20
+ 08028	recherche et localisation de corps étranger	32,40	19,75
+ 08011	Trous optiques	17,60	4,85
+ 08038	Région des glandes salivaires	14,90	4,55

		R = 7	R = 1
+ 08037	Tissus mous du cou minimum de deux (2) incidences	14,25	4,55
+ 08036	Étude panoramique des maxillaires	16,30	4,40
	Dents		
+ 08034	deux (2) régions dentaires ou moins	5,90	1,30

AVIS : Voir la règle 13.1, préambule particulier.

+ 08077	Céphalométrie avec mesure des angles	19,05	22,30
---------	---	-------	-------

COLONNE ET BASSIN

+ 08127	Colonne cervicale trois (3) incidences ou moins	26,30	3,90
+ 08128	quatre (4) incidences ou plus	33,85	6,40
+ 08042	Colonne dorsale	25,15	4,55
+ 08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	29,40	6,25
	Colonne entière (série scoliotique)		
+ 08053	minimum de quatre (4) incidences	56,55	13,65
+ 08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	24,25	3,85
+ 08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	31,45	3,85
+ 08058	Articulations sacro-iliaques	22,00	5,90
	Bassin		
+ 08054	une (1) incidence	15,15	3,85
+ 08056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	28,05	5,65
+ 08055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	32,30	6,20

NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.

MEMBRES SUPÉRIEURS

+ 08060	Clavicule	17,80	3,85
+ 08075	Articulations acromioclaviculaires	22,00	5,90
+ 08118	Articulations sterno-claviculaires	18,20	4,15
+ 08074	Omoplate	19,70	4,15
+ 08062	Épaule	19,55	4,25
+ 08063	Humérus	15,15	3,85
+ 08064	Coude	15,15	3,85
+ 08065	Avant-bras	15,15	3,85
+ 08066	Poignet	15,15	3,85
+ 08067	Main	15,15	4,20
+ 08068	Poignet et main	22,00	7,15
+ 08069	Doigt ou pouce	11,70	2,90

MEMBRES INFÉRIEURS

+ 08080	Hanche unilatérale (2) incidences ou plus	24,70	4,55
+ 08083	Fémur	15,15	3,85
+ 08084	Genou, incluant la rotule	15,15	4,20
+ 08085	Jambe	15,15	3,85
+ 08086	Cheville	15,15	4,20

		R = 7	R = 1
	Pied		
+ 08087	tarse, calcaneum ou talon	15,15	3,85
+ 08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	23,15	8,25
+ 08090	Orteil	11,70	2,65
+ 08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	22,75	6,20
ÉTUDES DU SQUELETTE			
	Étude du squelette pour âge osseux		
+ 08092	une (1) région (main)	15,15	6,90
+ 08093	deux (2) régions (main et autres)	27,10	8,10
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique)		
	par incidence ou région		
+ 08280	huit (8) incidences ou moins	60,25	11,15
+ 08281	neuf (9) ou dix (10) incidences	64,90	19,45
+ 08282	onze (11) incidences ou plus	82,90	21,50
THORAX			
+ 08100	Poumons	21,95	5,05
+ 08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	50,80	10,10
	Larynx, études spéciales		
+ 08113	phonation	26,65	4,40
	Hémithorax (côtes)		
+ 08115	deux (2) incidences ou plus	18,20	4,15
+ 08117	Sternum	19,10	4,55
	Lecteur B		
+ 09943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie		
	Lecteur B		5,45
<u>AVIS</u> : Utiliser la Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606. Voir la Brochure SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT.			
ABDOMEN			
	Abdomen		
+ 08150	simple	15,15	4,00
+ 08152	deux (2) incidences ou plus	23,75	5,45
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)			
+ 08132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,40	17,95
+ 08133	étude du pharynx et de l'oesophage	34,40	17,95
+ 08148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de cinq (5) ans)	32,05	26,95
+ 08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08148, 08153, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés).	32,45	8,70

	R = 7	R = 1
+ 08154	63,55	16,75
+ 08153	59,15	29,65
+ 08158	68,50	23,05
+ 08159	89,90	26,60
+ 08162	91,80	27,70
+ 08156	41,85	16,50
+ 08164	76,15	45,70
+ 08149	66,20	15,30
+ 08179	59,80	89,95
+ 08160	86,75	24,95
+ 08161	-	3,45
+ 08171	27,75	12,10
+ 08163		6,20
+ 08165	39,60	17,95
+ 08180		12,00
+ 08182	28,75	12,00

VOIES GÉNITO-URINAIRES

+ 08181	66,25	22,20
+ 08186	41,15	6,20
+ 08187	32,45	5,45
+ 08190	52,75	10,90
+ 08196	49,15	19,20
+ 08189	20,30	4,40
+ 08191	12,35	3,35
+ 08198	41,85	7,55

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+ 08192	13,50	3,35
+ 08193	20,95	8,20
+ 08197	42,50	10,05

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

+ 08102	Thorax	31,30	8,70
+ 08151	Abdomen	31,30	8,70
+ 08121	Squelette	31,30	8,70
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
+ 08270	premier quart d'heure	13,40	16,80
+ 08271	deux quarts d'heure	24,40	33,75
+ 08272	trois quarts d'heure	36,60	50,55
+ 08273	une heure ou plus	48,80	67,45

EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT

	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
+ 08114	graphie seulement	32,90	18,75
+ 08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,80	32,50
	Bronchographie		
+ 08109	unilatérale	31,10	15,75
+ 08111	bilatérale	42,95	22,80
+ 08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	41,50	17,45
+ 08007	Cisternographie opaque	71,25	23,80
+ 08027	Dacryocystographie	27,20	7,05
+ 08098	Discographie, un (1) niveau ou plus	31,25	18,50
+ 08004	Encéphalographie	67,90	21,75
+ 08214	Fistulographie	24,90	8,45
+ 08201	Galactographie, incluant l'injection	37,65	31,25
+ 08202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	49,35	25,80
+ 08119	Laryngogramme, avec contraste opaque	66,45	16,80
	Mammographie (*)		
	sans examen clinique		
+ 08140	unilatérale	25,75	5,75
+ 08141	bilatérale	38,80	10,30
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
+ 08142	unilatérale	25,75	12,70
+ 08143	bilatérale	38,80	16,80
+ 08199	Radiographie d'une pièce biopsique (*)	23,60	4,55
+ 08204	Mesure de la densité osseuse (*)	38,50	14,30

NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites.
L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

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

AVIS : (*) Utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement.

		R = 7	R = 1
+ 08122	Microradiographie des mains	12,00	3,70
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
+ 08096	contraste huileux.	79,55	23,85
+ 08097	contraste non ionique	170,70	23,85
+ 08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et		
	pneumo-encéphalographie.		23,35
+ 08061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dis-		
	section veineuse, incluant l'injection.	65,20	71,70
+ 08025	Sialographie	56,15	10,30
+ 08006	Stéréotaxie.	67,90	21,75
+ 08232	Tomographie	57,70	12,20
+ 08242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec		
	rapport écrit.		
	en établissement.		9,55
	en cabinet.		18,15
+	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un méde-		
	cin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le		
	rapport a déjà été fourni		
	En ÉTABLISSEMENT: Tarif de consultation de chaque		
	examen. (MOD 021)		
+	En CABINET: Tarif de consultation de chaque examen		
	+ 8,70 \$. (MOD 008)		

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : - Pour la *technique* et l'*interprétation* : utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**. Utiliser une Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.

- Pour l'*interprétation seulement* : utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants. Utiliser la Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606.

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section **Angioradiologie (Technique)** sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de cinq (5) ans. (MOD 066)

	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)		
+ 08401	insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et		
	injection, si donnée.		100,05
+ 08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, intro-		
	duction chez un même patient d'un cathéter veineux non		
	sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébo-		
	graphies non sélectives		100,05

08402	après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément	49,95
08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément	63,50
08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément	16,75
	NOTE :	
	- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie	
	- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.	
08405	Artériographie périphérique par ponction directe	36,95
08406	Lymphographie unilatérale	36,95
08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	17,45

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

	Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences	
08408	non sélective	32,65
08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4	31,25
	sélective avec quantification par moyen objectif :	
08410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	14,60
08411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	14,60
08412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	25,50
08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	12,45
08414	sélective carotidienne, unilatérale	32,65
08415	sélective vertébrale, unilatérale	32,65
	périphérique, membres inférieurs	
08416	unilatérale	32,65
08417	bilatérale	65,25
08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	36,65
	Angiographie coronarienne	
08419	unilatérale	42,95
08420	bilatérale	85,90
08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	23,20
08422	Pontage mammaire-coronarien, unilatéral	42,95
08423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée	32,65
08424	Lymphographie, unilatérale	31,80

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)

#	<u>AVIS</u> : Veuillez utiliser une Demande de paiement - Médecin n ^o 1200, par patient . <i>Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de tomodesitométrique, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique Établissements reconnus de l'onglet Médecine de laboratoire.</i>	
	Tête	
08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	51,50
08259	sans injection de substance de contraste	41,10
	Cou	
08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	77,75
08261	sans injection de substance de contraste	62,25
	Thorax	
08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	77,75
08263	sans injection de substance de contraste	67,40
	Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)	
08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	77,75
08265	sans injection de substance de contraste	67,40
	Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)	
08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	77,75
08267	sans injection de substance de contraste	67,40
	Abdomen et pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)	
08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	110,75
08269	sans injection de substance de contraste	100,45
	NOTE : La tarification de la région abdominale et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.	
	Rachis	
08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	64,80
08275	sans injection de substance de contraste	59,70

Extrémités

08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	50,60
08277	sans injection de substance de contraste	40,25

Tarif de révision en tomodensitométrie

08257	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie	19,45
-------	---	-------

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 :

- imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

08570	Tête	115,60
08571	Cou	115,70
08572	Thorax	145,30
08573	Abdomen	145,30
08574	Pelvis	145,30
08575	Extrémités	115,70
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	107,85
08577	deux segments	135,50
08578	trois segments	182,30

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.

Tarif de révision en résonance magnétique :

08579	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	16,30
-------	--	-------

- # **AVIS** : *Veillez utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n^o 1200, **par patient**.
Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.*

8. MANUELS ET FORMULAIRES**# 8.1 MANUELS****8.1.1 MANUELS SUR INTERNET**

Les manuels et les brochures destinés aux médecins omnipraticiens sont mis à jour régulièrement et disponibles dans le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

8.1.2 MANUELS PAPIER ET COMMANDE

À la demande du médecin omnipraticien, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier et les brochures nécessaires à sa pratique. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste une fois l'an.

Il suffit de remplir et d'envoyer le formulaire *Demande de manuel ou de brochure (format papier)* (n° 2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Internet de la Régie.

Le médecin omnipraticien peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

8.1.3 LISTE DES MANUELS DESTINÉS AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

	Numéro
Manuel des médecins omnipraticiens	100
Brochure n° 1 - Médecins omnipraticiens - Entente, Lettres d'entente, Accords, Ententes particulières, Décrets	104
Brochure n° 2 - Médecins omnipraticiens - Rémunérés à Honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire ou au per diem	105
Brochure n° 3 - Médecins omnipraticiens - Mesures incitatives.	106
Manuel des médecins omnipraticiens - Services de laboratoire en établissement (S.L.E.)	120

Note : Le médecin omnipraticien peut consulter les manuels des autres professionnels de la santé ou dispensateurs de services sur le site Internet de la Régie.

8.2 FORMULAIRES

8.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Internet de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

8.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le médecin omnipraticien utilisant les demandes de paiement à l'acte format papier (n° 1200 et n° 1063), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

D'autres formulaires et demandes de paiement papier sont disponibles. La liste des principaux formulaires papier figure au verso du formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491).

8.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le site Internet de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491). Pour acheminer votre demande, référez-vous aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.