



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 87
NOVEMBRE 2014

Veuillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

INTRODUCTION

- Mise à jour

Pages : [1](#) et [2](#)

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Remplacement de *lettres moulées* pour *lettres détachées*
- Modifications au point 3. Avant-propos
- Modification à la section *Modèles de carte*
- Modifications aux informations liées à la lettre « D »
- Modification à la section 5 Établissement
- Ajout du modificateur **196** et de la règle 25 à l'annexe II
- Ajout du modificateur **743** dans les modificateurs multiples
- Ajout de numéros d'établissement
- Correction au pourcentage de majoration d'honoraires
- Modifications aux modificateurs multiples et ordonnancement

Pages : [2](#), [4](#), [8](#), [14](#), [22](#), [42](#), [46](#), [47](#), [54](#), [57](#), [59](#) à 63, [66](#)

LISTE DES LOCALITÉS

- Mise à jour

Page : [11](#)

PAIEMENT

- Modification à l'expression *dépôt direct* pour *virement bancaire* (*dépôt direct*)

Pages : [2](#) et [5](#)

- Modifications administratives

Pages : [10](#), [11](#) et [14](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages explicatifs 203, 208, 214, 444, 912 et 965

- Modifications des messages explicatifs 395, 558, 603, 745, 871, 873 et 924

Pages : [7](#), [15](#), [17](#), [21](#), [23](#), [30](#), [35](#) à 38

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modification aux services médicaux rendus au Québec demandant une autorisation

Page : [A-39](#)

- Modifications administratives

Pages : [A-6](#) et [A-11](#)

B - TARIFICATION DES VISITES

- Modifications administratives

Pages : [B-1](#), [B-2](#), [B-5](#) à B-10, [B-13](#), [B-15](#) à B-40, [B-42](#), [B-44](#), [B-45](#), [B-47](#) à B-50, [B-53](#), [B-55](#), [B-57](#), [B-58](#), [B-60](#) à B-70, [B-77](#) à B-83, [B-85](#) à B-87, [B-89](#) à B-91, [B-95](#) à B-107, [B-109](#) à B-113, [B-115](#) à B-119, [B-121](#) à B-123, [B-125](#) à B-136, [B-139](#), [B-140](#), [B-143](#) à B-149, [B-151](#) à B-153, [B-155](#), [B-156](#), [B-162](#) à B-165, [B-167](#), [B-168](#), [B-170](#) à B-173, [B-175](#), [B-176](#), [B-179](#) à B-181, [B-185](#) à B-187, [B-189](#), [B-191](#) à B-193, [B-195](#) et [B-198](#)

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Correction au libellé de deux numéros de codes d'acte

Page : [C-42](#)

D - ANESTHÉSIOLOGIE

- Correction orthographique

Page : [D-9](#)

E - CHIRURGIE

- Corrections à l'assistance opératoire de la chirurgie générale

Page : [E-18](#)

F - PEAU - PHANÈRES

- Corrections tarifaires aux codes 01110 et 01112
- Modification à la section *Chirurgie plastique*

Pages : [F-5](#) et [F-21](#)

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Correction aux unités en rôle 2 au code d'acte 02779

Page : [G-18](#)

- Modification administrative

Page : [G-57](#)

K - SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

- Modification au code 04243
- Ajout de la lettre K au titre de l'onglet

Pages : [K-2](#) et [K-3](#)

S - SYSTÈME NERVEUX

- Correction tarifaire

Page : [S-3](#)

T - APPAREIL VISUEL

- Correction tarifaire

Page : [T-8](#)

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modifications administratives

Pages : [V-1](#) et [V-34](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Mise à jour

Pages : [1](#) et [2](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes : n° 093 du 14 juillet 2014, n° 079 du 3 juillet 2014, n° 037 du 22 mai 2014, n° 028 du 7 mai 2014, n° 014 du 16 avril 2014, n° 288 du 11 février 2014, n° 326 du 20 mars 2014 et n° 007 du 7 avril 2014

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente, protocoles d'accord, entente de principe et décrets.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels



INTRODUCTION

Le Manuel des médecins spécialistes vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie du Québec.

À cet égard, il contient notamment, la reproduction de textes officiels, des avis administratifs précisant les modalités de facturation et de l'information sur les frais de déplacement et de séjour ainsi que sur les règles d'application et plafonnements. S'y trouvent également la liste des localités et les messages explicatifs.

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 Web 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 Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant vos ententes et vos 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.

- # Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE** (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à la page suivante.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

Par courrier électronique :

- 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 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

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 sur le site Web ou papier

MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour, ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

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** signifie une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente ou d'un nouveau décret ou règlement;
- **tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction de la modification relative à l'Accord-cadre.

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

Remarque : Nous vous suggérons de conserver le sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

INDEX

Page

3. DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (<i>formulaire 1200</i>)	2
3.0 AVANT-PROPOS	2
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	3
3.2.1 Section 1 Identité de la personne assurée	3
3.2.1.1 Carte d'assurance maladie	3
3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	3
3.2.1.3 Modèles de carte	4
3.2.1.4 Vérification de la carte	6
3.2.2 Section 2 Médecin ayant fourni les services assurés.	9
3.2.3 Section 3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin	10
3.2.4 Section 4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires	11
3.2.4.1 Document complémentaire (<i>formulaire 1944</i>)	12
3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs	13
3.2.5 Section 5 Établissement	14
3.2.6 Section 6 Facturation des actes	16
3.2.6.1 Exemple de facturation d'une anesthésie	18
3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R = 3)	19
3.2.6.3 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD = 037)	20
3.2.6.4 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie et règle 12 de l'addendum 8 (règles 14.3 et 14.5 - préambule général).	23
3.2.6.5 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (règles 14.2 et 14.5 - préambule général).	33
3.2.6.6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (règle 14.4 - préambule général).	35
3.2.7 Section 7 CSST - C.S. - Distance	36
3.2.7.1 Section 7 Lettre Q	38
3.2.8 Section 8 Visites.	40
3.2.8.1 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence)	41
3.2.9 Section 9 Total des honoraires	42
3.2.10 Section 10 Signature.	42
3.3 EXPÉDITION	42
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire 1800</i>)	43
Annexe I : Liste des rôles	44
Annexe II : Liste des modificateurs	45
Annexe III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	63
Annexe IV : Numéro d'établissement (code d'établissement).	65

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (formulaire 1200)

3.0 AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections :

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

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

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

3.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 4807 0816		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 03		2008 07	
DATE DE NAISSANCE 48 07 08 M		EXPIRATION DE LA CARTE		ANNEE MOIS JOUR PH. CODE	
ADRESSE 100 rue Fictive, Québec		CODE POSTAL G9W9W9		ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO GROUPE		DATE DE L'ACCIDENT ANNEE MOIS JOUR C.S. DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES CODE NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES		TOTAL	
CODE		ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements 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 ou numéro 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), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.1.1 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**.

3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. 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. Date d'expiration de la carte;
5. Date de naissance et le sexe;
6. Photographie ou signature;
7. Hologramme.

3.2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

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

1)



2)



Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

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, 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 l'annexe IV du présent onglet, 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, 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, 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* (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 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);
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

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 *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**.

h) *Le demandeur d'asile réside au Québec et est admissible au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) selon les modalités détaillées dans la rubrique Services médicaux rendus aux demandeurs d'asile (PFSI), sous l'onglet Facturation sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.*

- inscrire tous les éléments de l'identité de la personne admissible (prénom et nom complet, date de naissance et sexe);
- dans tous les cas, inscrire « Demandeur d'asile (DDA) » ou « certificat d'admissibilité au PFSI (CA) » dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- Inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au médecin. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (1800) qui le concerne et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.4 du présent onglet).

L'ACTE EFFECTUÉ EST UN TRAITEMENT COLLECTIF FOURNI À PLUS D'UNE PERSONNE ASSURÉE :

Voir la section 3.2.4.2 sous le présent onglet.

3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

0000

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
ZZZZ 01010112

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 0899

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

DATE DE NAISSANCE

ANNEE MOIS JOUR PH. CODE

ACTES MOD. UNITES HONORAIRES

ADRESSE

ANNEE MOIS JOUR SEXE

ANNEE MOIS JOUR

EXPIRATION DE LA CARTE

CODE POSTAL

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT

ANNEE MOIS JOUR

C.S. DISTANCE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

ANNEE MOIS JOUR

VISITES

CODE

NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

CLOD 31600919
BENE 41270818

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

ÉTABLISSEMENT

CODE DATE D'ENTRÉE ANNEE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNEE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

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

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

3.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemple 2

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE		ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR PH CODE	
ANNEE MOIS JOUR SEXE		EXPIRATION DE LA CARTE CODE POSTAL		MOD UNITES HONORAIRES	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		1 3 0 5 1 5 2 0 5 4 3 5 2 0 3 7 0 0 8 91,28	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		1 3 0 5 1 5 3 0 5 4 3 5 3 5 5 7 0 2 9 330,89	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		1 3 0 5 1 5 3 0 5 4 3 5 3 8 5 7 0 2 1 441,57	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		C.S. DISTANCE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		VISITES	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		CODE NOMBRE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		TOTAL 863,74	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		SE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 202 0899

PROF. : NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 9 h 00

Fin : 16 h 45

Remplacement à 11 h 00

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

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

CALCUL DES UNITÉS

Unités de durée totales (9 h 00 à 16 h 45) = 31 quarts d'heure ou 66 unités de durée
Unités du prédécesseur (9 h 00 à 11 h 00) = 8 quarts d'heure ou 8 unités de duréeUnités de la 1^{re} période (11 h 00 à 12 h 00) :

MOD 037

(9 h 00 à 12 h 00) = 12 quarts d'heure ou 16 unités de durée

16 - 8 (unités du prédécesseur) = 8 unités de durée

(8 x 16,30) x 0,70 (70 % RMX) = 91,28 \$

Unités de la 2^e période (12 h 00 à 15 h 00) :

MOD 557 = 037 + 116

(9 h 00 à 15 h 00) = 24 quarts d'heure ou 45 unités de durée

45 - 16 (9 h 00 à 12 h 00) = 29 unités de durée

(29 x 16,30) x 0,70 (70 % RMX) = 330,89 \$

Unités de la 3^e période (15 h 00 à 16 h 45) :

MOD 857 = 037 + 116 + 919

66 (unités de durée totales) - 45 (9 h 00 à 15 h 00) = 21 unités de durée

(21 x 16,30) x 1,29 (MOD 857 + 100 % RMX) = 441,57 \$

Exemple 3

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

ADRESSE ANNÉE MOIS JOUR CODE POSTAL

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Debut : 16 h 15
Fin : 20 h 30
Remplacement à 17 h 00
MOD 099 = 037 + 090

CODE DE DIAGNOSTIC

ACTES ANNÉE MOIS JOUR JN CODE N. MOIS UNITES PONDÉRABLES

1 3 0 5 1 3 4 0 5 4 3 5 2 5 5 8 0 1 1 231 30

1 3 0 5 1 3 4 0 5 4 3 5 2 0 9 9 0 1 2 332 52

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.E. DISTANCE VISITES CODE NOMBRE

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 563 82

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

CALCUL DES UNITÉS

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

Unités de la 1^{re} période (17 h 00 à 19 h 00) :
(16 h 15 à 19 h 00) = 11 quarts d'heure ou 14 unités de durée
14 - 3 (unités du prédécesseur) = 11 unités de durée
(11 x 16,30) x 1,29 (MOD 919) = 231,30 \$

Unités de la 2^e période (19 h 00 à 20 h 30) :
26 (16 h 15 à 20 h 30) - 14 (16 h 15 à 19 h 00) = 12 unités de durée
(12 x 16,30) x 1,70 (MOD 090) = 332,52 \$

3.2.8.1 SECTION 8 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence).

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE MOIS JOUR TR	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				CODE ACTES	
DATE DE NAISSANCE				MOD. UNITES HONORAIRES	
ADRESSE				1 3 0 5 1 7 0 9 1 6 2 1 0 0 3 0 0 1 59 00	
INT. NOM DU MÉDECIN				DATE DE L'INCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				VISITES	
SON NUMÉRO				CODE NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				TOTAL	
Cancer				59 00	
CODE DU DIAGNOSTIC				EXEMPLAIRE DU MÉDECIN	
1 9 9 1				TOTAL	
ÉTABLISSEMENT				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
DATE D'ENTRÉE				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
DATE DE SORTIE					

GÉNÉRALITÉS :

- 1- Les visites réclamées avec un modificateur se facturent dans la section *Actes*.
- 2- Dans tous les cas, il faut inscrire la nature du modificateur réclamé dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* (réf. : règles d'application n^{os} 21 et 22).

Remarque : Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre *Modificateurs multiples* de l'annexe II.

3.2.9 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 sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

3.2.10 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 conformément au Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatif à 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 détachées ne sont pas acceptées pour la signature.

3.3 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 demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet **les copies destinées à la Régie. Ne pas surcharger les enveloppes.**

Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire les nom et adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche. Toutes les demandes doivent être adressées à :

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

ANNEXE II

LISTE DES MODIFICATEURS

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

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

MOD=050

RÈGLE D'APPLICATION N° 19

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

MOD=072

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

OU

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

MOD=041

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

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

MOD=003

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer

MOD=003

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

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

MOD=416

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.

MOD=178

PRÉAMBULE GÉNÉRAL**RÈGLE 8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=050

RÈGLE 8.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=069

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

MOD=017

MOD=091

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

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

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=098

RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=033

RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins rendus hors-discipline

MOD=075

RÈGLE 23.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

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

- En chirurgie générale **MOD=417**

RÈGLE 23.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En ophtalmologie **MOD=196**

Majoration d'honoraires pour les visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques ou chirurgies pratiqués chez un enfant de 6 ans à 9 ans, en établissement et en cabinet privé

- En ophtalmologie **MOD=418**

RÈGLE 23.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En chirurgie plastique **MOD=197**

RÈGLE 23.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 23.5 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 23.6 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En dermatologie **MOD=421**

RÈGLE 23.7 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En gastro-entérologie **MOD=422**

RÈGLE 23.8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=070

RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=142

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=143

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

MOD=194

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

MOD=195

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=167

RÈGLE 29.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=065

RÈGLE 29.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=067

RÈGLE 29.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=063

RÈGLE 30 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=100

RÈGLE 31 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par un médecin classé en neurochirurgie lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants

MOD=126

RÈGLE 32 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En hématologie-oncologie médicale

MOD=424

CONSULTATION ET EXAMEN

MÉDECINE D'URGENCE

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

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

MOD=181

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

MOD=182

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

MOD=182

- Lundi au vendredi, de 16 h à minuit

MOD=183

MÉDECINE D'URGENCE

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

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

MOD=184

MÉDECINE D'URGENCE

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

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

- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à minuit

MOD=185

- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h

MOD=186

MÉDECINE D'URGENCE

Séjour différent à la salle d'urgence

MOD=187

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

PÉDIATRIE

RÈGLE 6 DE L'ADDENDUM 2

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

MOD=199

ANNEXE 10

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte)	
Pédiatrie	MOD=136
Cardiologie	MOD=138
Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte) .	
Pédiatrie	MOD=137
Cardiologie	MOD=139
Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit	MOD=073
Majoration des honoraires pour l'horaire de nuit qui s'étend de la période comprise entre minuit et 8 h ou entre minuit et 7 h (rémunération mixte) . .	MOD=007

ANNEXE 11

LETTRE D'ENTENTE A-47	
Visite principale d'un patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse	MOD=141
LETTRE D'ENTENTE 160	
Majoration d'honoraires de 7 % pour tous les services rendus sur le site de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudières-Appalaches	MOD=193

ANNEXE 15

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

ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)

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

ANNEXES 27 ET 28

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte)	MOD=005
Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte) .	MOD=006
Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit	MOD=073

ANNEXE 29

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

ANNEXE 38

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et minuit, du lundi au vendredi	MOD=109
Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)	MOD=112
Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 h, tous les jours	MOD=110
Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)	MOD=113
Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et minuit, le week-end et les jours fériés	MOD=111
Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)	MOD=114
Pour les soins d'urgence, du lundi au vendredi de 7 h à 21 h (sauf un jour férié) pour la suite de l'opération	MOD=115
En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte	MOD=116
En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3 (sauf en urgence), peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte	MOD=130
Service rendu par un médecin rhumatologue qui exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire et qui a exercé en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée	MOD=176
RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8	
# Majoration d'honoraires de 29 % entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h sur des services médicaux visés rendus par un anesthésiologiste en semaine, sauf les jours fériés. Cette majoration s'applique toutefois jusqu'à 21 h pour les professionnels soumis à la rémunération mixte.. . . .	MOD=919
Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29.	MOD=117
Services énumérés aux modalités particulières du tableau de rémunération de l'obstétrique-gynécologie	MOD=120
Pour les soins rendus en vertu de l'annexe 39 par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte.	MOD=192
Services rendus en clinique externe, dans un contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge	MOD=076

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

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

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

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
	050 - 093 - 109	303	0,8500
	050 - 093 - 110	304	1,2500
	050 - 093 - 111	305	0,8500
#	050 - 093 - 420	640	0,7500
	050 - 109	239	0,8500
	050 - 110	240	1,2500
	050 - 111	241	0,8500
	050 - 117	248	0,5000
	050 - 121	665	0,5000
	050 - 181	667	0,7000
	050 - 182	670	0,8000
	050 - 183	673	0,6666
	050 - 184	676	0,7000
	050 - 185	679	0,8500
	050 - 186	682	1,2500
	050 - 188	687	0,5000
	050 - 189	659	0,5000
#	050 - 420	641	0,7500
#	050 - 421	644	0,6500
#	050 - 423	683	0,7500
#	050 - 424	732	0,5750
	063 - 094	846	1,4000
	063 - 109	475	2,3800
	063 - 110	476	3,5000
	063 - 111	477	2,3800
	065 - 076	288	1,1500
	065 - 176	271	1,1500
	067 - 094	847	1,1500
	067 - 109	481	1,9550
	067 - 110	482	2,8750
	067 - 111	483	1,9550
	068 - 109	213	1,5300
	068 - 110	214	2,2500
	068 - 111	215	1,5300
	069 - 109	219	1,2750
	069 - 110	220	1,8750
	069 - 111	221	1,2750
	074 - 105	250	1,1500
	093 - 094	095	1,0000

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
	093 - 109	620	1,7000
	093 - 110	621	2,5000
	093 - 111	622	1,7000
	093 - 122	279	0,7500
	093 - 125	523	0,7500
	093 - 169	524	+127,80 \$ (*)
	093 - 188	689	1,0000
#	093 - 420	643	1,5000
#	093 - 426	737	1,0000
	094 - 109	242	1,7000
	094 - 110	243	2,5000
	094 - 111	244	1,7000
	094 - 117	249	1,0000
	094 - 121	666	1,0000
	094 - 127	222	1,0000
	094 - 136	286	1,5000
	094 - 137	287	1,5000
	094 - 172	573	0,5000
	094 - 178	639	1,0000
	094 - 179	647	1,0000
	094 - 181	669	1,4000
	094 - 182	672	1,6000
	094 - 183	675	1,3333
	094 - 184	678	1,4000
	094 - 185	681	1,7000
	094 - 186	684	2,5000
	094 - 188	688	1,0000
	094 - 199	454	+75,00 \$ (*)
	094 - 416	467	1,0000
#	094 - 419	636	1,1000
#	094 - 423	680	1,5000
#	094 - 424	733	1,1500
#	094 - 919	848	1,2900
	098 - 919	225	1,2900
	108 - 117	266	1,3333
	108 - 121	267	1,3333
	109 - 117	245	1,7000

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

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
	109 - 122	276	1,2750
	109 - 166	837	2,5500
	109 - 172	591	0,8500
	109 - 416	468	1,7000
	110 - 117	246	2,5000
	110 - 122	277	1,8750
	110 - 166	838	3,7500
	110 - 172	592	1,2500
	110 - 416	469	2,5000
	111 - 117	247	1,7000
	111 - 122	278	1,2750
	111 - 166	839	2,5500
	111 - 172	593	0,8500
	111 - 416	470	1,7000
#	111 - 422	655	2,1250
#	111 - 423	677	2,5500
#	111 - 424	734	1,9550
	112 - 166	840	2,5500
	113 - 166	841	3,7500
	114 - 166	842	2,5500
	115 - 166	843	1,5000
	115 - 919	226	1,2900
	116 - 919	227	1,2900
	116 - 166	800	1,5000
	117 - 172	594	0,5000
	117 - 199	459	+75,00 \$ (*)
	121 - 184	699	1,4000
	121 - 185	663	1,7000
	121 - 186	664	2,5000
	130 - 919	224	1,2900
#	143 - 179	743	1,8000
	166 - 919	844	1,9350
	166 - 115 - 919	378	1,9350
	166 - 116 - 919	379	1,9350
	179 - 199	463	+75,00 \$ (*)
	181 - 187	694	1,4000

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

Combinaison de modificateurs		Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
	182 - 187	695	1,6000
	183 - 187	696	1,3333
	184 - 189	656	1,4000
	185 - 189	657	1,7000
	186 - 189	658	2,5000
	195 - 416	471	1,3000
#	195 - 416 - 423	720	1,9500
#	195 - 416 - 424	736	1,4950
	195 - 423	728	1,9500
#	416 - 423	709	1,5000
#	195 - 424	729	1,4950
Autres combinaisons		099	à calculer

ANNEXE III

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

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie, dans les cas suivants :
- âgée de moins d'un an;
 - admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;
 - âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.

- # D :** Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie **SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**, dans les cas suivants :

- **personne assurée** requérant des soins urgents;
- à la suite d'une ordonnance du tribunal (actes 98005, 98006, 98007 et 98012);
- s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée;
- demandeur d'asile admissible au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) et résidant au Québec.

- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au *per diem* devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'annexe 15).

- J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la règle 16 du préambule général).
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.

- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour**, au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes (voir la section 3.2.7.1 Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement, sous le présent onglet).

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

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

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

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrire 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.

ANNEXE IV

NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

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

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

C- CENTRES HOSPITALIERS HORS PROVINCE

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

* Exceptions à la codification du numéro

Saint-Albert de Warwick	63432	1	Saint-Bruno-de-Montarville	65608	0
Saint-Alexandre			Saint-Calixte	66118	0
(Le Haut-Richelieu)	65308	0	Saint-Camille (Asbestos)	62606	0
Saint-Alexandre (Kamouraska)	61011	3*	Saint-Camille-de-Lellis		
Saint-Alexandre-des-Lacs			(Les Etchemins)	61501	1
(La Matapédia)	60510	4*	Saint-Casimir	62950	0
Saint-Alexis	66108	0	Saint-Célestin	63334	1
Saint-Alexis-de-Matapédia			Saint-Césaire	65208	0
(Avignon)	60449	5*	Saint-Charles (Bellechasse)	61528	0
Saint-Alexis-des-Monts			Saint-Charles-Borromée (Joliette) ...	65811	0
(Maskinongé)	64723	1	Saint-Charles-de-Bourget	69454	2
Saint-Alfred	62342	1	Saint-Charles-de-Mandeville	64926	0
Saint-Alphonse (Bonaventure)	60424	5*	Saint-Charles-Garnier	60703	4*
Saint-Alphonse-de-Granby	63914	0	Saint-Charles-sur-Richelieu	65122	0
Saint-Alphonse-Rodriguez			Saint-Christophe-d'Arthabaska	63418	1
(Matawinie)	65832	0	Saint-Chrysostome	66904	0
Saint-Amable	65709	0	Saint-Claude	63524	0
Saint-Ambroise	69453	2	Saint-Clément	60808	4*
Saint-Ambroise-de-Kildare	65826	0	Saint-Cléophas (D'Autray)	65819	0
Saint-Anaclet-de-Lessard	60724	4*	Saint-Cléophas (La Matapédia)	60528	4*
Saint-André (Kamouraska)	61024	3*	Saint-Clet	67110	0
Saint-André-Avellin	67528	1	Saint-Colomban	67334	0
Saint-André-Carillon	67402	0	Saint-Côme (Matawinie)	65836	0
Saint-André-de-Restigouche	60446	5*	Saint-Côme-Linière	62311	1
Saint-André-du-Lac-Saint-Jean	69005	3*	Saint-Constant	66614	0
Saint-Anicet	66818	0	Saint-Cuthbert	64918	0
Saint-Anselme	62239	0	Saint-Cyprien (Les Etchemins)	62201	1
Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues	61424	1	Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup)	60802	3*
Saint-Antoine-de-Tilly	62849	1	Saint-Cyprien-de-Napierville	66701	0
Saint-Antoine-sur-Richelieu	65720	0	Saint-Cyrille-de-Lessard	61314	1
Saint-Antonin	60818	3*	Saint-Cyrille-de-Wendover	64128	1
Saint-Apollinaire	62833	1	Saint-Damase	65102	0
Saint-Armand	65404	0	Saint-Damase (Matapédia)	60539	4*
Saint-Arsene	60828	3*	Saint-Damase-de-l'Islet	61312	1
Saint-Athanase (Témiscouata)	61002	4*	Saint-Damien (Matawinie)	64928	0
Saint-Aubert	61318	1	Saint-Damien-de-Buckland	61509	0
Saint-Augustin			Saint-David (Le Bas-Richelieu)	64214	1
(Maria-Chapdelaine)	69028	4*	Saint-David-de-Falardeau	69446	2
Saint-Augustin-de-Desmaures	62901	0	Saint-Denis-De la Bouteillerie	61032	3*
Saint-Augustin-de-Woburn	62401	1	Saint-Denis-de-Brompton	63504	0
Saint-Barnabé (Maskinongé)	64316	1	Saint-Denis-sur-Richelieu	65126	0
Saint-Barnabé-Sud			Saint-Didace	64721	0
(Les Maskoutains)	65128	0	Saint-Dominique		
Saint-Barthelemy	64914	0	(Les Maskoutains)	64005	0
Saint-Basile	62921	0	Saint-Dominique-du-Rosaire	68433	5*
Saint-Basile-le-Grand	65601	0	Saint-Donat (La Mitis)	60722	4*
Saint-Benjamin	62209	1	Saint-Donat (Matawinie)	66126	0
Saint-Benoît-du-Lac	63808	0	Saint-Edmond-les-Plaines	69051	4*
Saint-Benoît-Labre	62329	1	Saint-Edmond-de-Grantham	64141	1
Saint-Bernard			Saint-Édouard		
(La Nouvelle-Beauce)	62234	1	(Les Jardins-de-Napierville)	66706	0
Saint-Bernard-de-Lacolle	65504	0	Saint-Édouard-de-Fabre	68302	5*
Saint-Bernard-Partie-Sud			Saint-Édouard-de-Frampton	62222	1
(Les Maskoutains)	65131	0	Saint-Édouard-de-Lotbinière	62834	1
Saint-Blaise	65509	0	Saint-Édouard-de-Maskinongé	64719	1
Saint-Bonaventure	64202	1	Saint-Élie-De-Caxton	64332	1
Saint-Boniface-de-Shawinigan	64326	1	Saint-Éloi (Les Basques)	60822	4*
Saint-Bruno (Lac-Saint-Jean Est) ...	69313	3*	Saint-Elphège (Nicolet-Yamaska)	64211	1
Saint-Bruno-de-Guigues	68319	5*	Saint-Elzéar (Bonaventure)	60416	5*
Saint-Bruno-de-Kamouraska	61004	3*	Saint-Elzéar (La Nouvelle-Beauce) ..	62379	1

Saint-Elzéar (Témiscouata).....	60924	4*	Saint-Henri-de-Taillon	69332	3*
Saint-Émile-de-Suffolk	67546	1	Saint-Herménégilde.....	63705	0
Saint-Éphrem-de-Beauce	62348	1	Saint-Hilaire-de-Dorset	62431	1
Saint-Épiphan (Rivière-du-Loup) ...	60814	3*	Saint-Hilarion	61216	1
Saint-Esprit (Montcalm)	66111	0	Saint-Hippolyte	66331	0
Saint-Étienne-de-Beauharnois.....	67001	0	Saint-Honoré	69443	2
Saint-Étienne-de-Beaumont.....	61534	0	Saint-Honoré (Témiscouata).....	60929	4*
Saint-Étienne-de-Bolton	63814	0	Saint-Honoré-de-Shenley	62326	1
Saint-Étienne-des-Grès	64314	1	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup)	60804	3*
Saint-Eugène (Drummond).....	64142	1	Saint-Hugues (Les Maskoutains)	64030	0
Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine).....	69056	4*	Saint-Hyacinthe	65110	0
Saint-Eugène-de-Guigues	68322	5*	Saint-Ignace-de-Loyola	64901	0
Saint-Eugène-de-Ladrière	60753	4*	Saint-Ignace-de-Stanbridge	65429	0
Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912	4*	Saint-Irénée (Charlevoix-Est).....	61116	1
Saint-Eustache.....	67303	0	Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce)	62242	1
Saint-Évariste-de-Forsyth	62444	1	Saint-Isidore (Roussillon).....	66618	0
Saint-Fabien (Rimouski-Neigette).....	60751	4*	Saint-Isidore-de-Clifton	62509	0
Saint-Fabien-de-Panet	61406	1	Saint-Jacques (Montcalm)	66106	0
Saint-Faustin-Lac-Carré.....	66369	0	Saint-Jacques-de-Leeds	62716	1
Saint-Félicien	69023	3*	Saint-Jacques-le-Majeur		
Saint-Félix-de-Dalquier	68431	5*	-de-Wolfestown.....	62636	1
Saint-Félix-de-Valois	65821	0	Saint-Jacques-le-Mineur	66601	0
Saint-Félix-d'Otis.....	69404	2	Saint-Janvier-de-Joly	62816	1
Saint-Ferdinand	62736	1	Saint-Jean-Baptiste (Rouville)	65221	0
Saint-Ferréol-les-Neiges	61704	0	Saint-Jean-de-Brébeuf (L'Amiante)	62719	1
Saint-Flavien (Lotbinière).....	62828	1	Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane)	60604	4*
Saint-Fortunat	62638	1	Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806	4*
Saint-François-d'Assise (Avignon) ..	60451	5*	Saint-Jean-de-la-Lande		
Saint-François			(Témiscouata).....	60903	4*
-de-la-Rivière-du-Sud	61421	1	Saint-Jean-de-Matha	65829	0
Saint-François-de-Sales	69008	3*	Saint-Jean-Iberville.....	65514	0
Saint-François-du-Lac	64228	1	Saint-Jean-Port-Joli	61322	1
Saint-François-Xavier-de-Brompton	63512	0	Saint-Jérôme	66328	0
Saint-François-Xavier-de-Viger.....	60809	3	Saint-Joachim		
Saint-François-Xavier-des-Hauteurs	60701	4*	(La Côte-de-Beaupré)	61702	0
Saint-Frédéric (Robert-Cliche)	62359	1	Saint-Joachim-de-Shefford	63928	0
Saint-Fulgence.....	69437	2	Saint-Joseph-de-Beauce.....	62354	1
Saint-Gabriel (D'Autray).....	64924	0	Saint-Joseph-de-Coleraine.....	62711	1
Saint-Gabriel (La Mitis).....	60709	4*	Saint-Joseph-de-Kamouraska	61012	3*
Saint-Gabriel-de-Brandon	64922	0	Saint-Joseph-de-Lepage.....	60718	4*
Saint-Gabriel-de-Valcartier	62055	0	Saint-Joseph-des-Érables	62356	1
Saint-Gabriel-Lalemant.....	61008	3*	Saint-Joseph-de-Sorel	65019	1
Saint-Gédéon-de-Beauce.....	62429	1	Saint-Joseph-du-Lac	67308	0
Saint-Gédéon (Lac Saint-Jean-Est)	69317	3*	Saint-Jude (Les Maskoutains)	65129	0
Saint-Georges	62322	1	Saint-Jules (Robert-Cliche)	62358	1
Saint-Georges-de-Clarenceville	65408	0	Saint-Julien (L'Amiante)	62639	1
Saint-Georges-de-Windsor.....	63522	0	Saint-Just-de-Bretenières.....	61402	1
Saint-Gérard-Majella			Saint-Juste-du-Lac	60908	4*
(Le Bas-Richelieu)	64229	1	Saint-Justin (Maskinongé)	64711	1
Saint-Germain (Kamouraska)	61028	3*	Saint-Lambert (Abitibi-Ouest).....	68469	5*
Saint-Germain-de-Grantham	64139	1	Saint-Lambert (Champlain)	65623	0
Saint-Gervais (Bellechasse)	61522	0	Saint-Lambert-de-Lauzon	62106	0
Saint-Gilbert (Portneuf).....	62931	0	Saint-Lazare (Bellechasse)	61516	0
Saint-Gilles (Lotbinière).....	62812	1	Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges)	67218	0
Saint-Godefroi (Bonaventure)	60408	5*	Saint-Léandre (Matane).....	60609	4*
Saint-Guillaume (Drummond)	64206	1	Saint-Léonard-d'Aston	63321	1
Saint-Guillaume-Nord (Matawinie)....	65891	0	Saint-Léonard-de-Portneuf	62942	0
Saint-Guy (Les Basques).....	60716	4*	Saint-Léon-de-Standon	62218	0
Sainte-Hélène-de-Chester	63401	1	Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé)	64708	1
Saint-Henri	62103	0	Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)	60518	4*

INDEX

Page

4. PAIEMENT	2
4.1 MODE DE PAIEMENT	2
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	2
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	3
4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence	3
4.4 ÉTAT DE COMPTE	4
4.4.1 Description	5
4.4.1.1 Renseignements généraux	5
4.4.1.2 Sommaire	5
4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction	7
4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle	9
4.4.1.5 Avis de remboursement à la personne assurée	9
4.4.2 Vérification des paiements	9
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	10
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	10
4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	10
4.5.3 Paiement refusé en partie	10
4.5.4 Paiement refusé en totalité	10
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	11
4.7 CODES DE TRANSACTIONS	12
4.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT	13

4. PAIEMENT

Le médecin, 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.**

Les renseignements transmis sous le présent onglet s'adressent aux médecins rémunérés **à l'acte.**

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de virement bancaire (*dépôt direct*) émis à l'ordre du médecin spécialiste traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.
- # Le virement bancaire (*dépôt direct*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 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.

4.4.1 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, les demandes de remboursement relatives à l'assurance responsabilité, s'il y a lieu, ainsi que la liste des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

4.4.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM. Les nom et prénom du médecin.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL. Le numéro du médecin (sept chiffres).
3. NUMÉRO DE COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro de groupe du médecin s'il y a lieu (compte administratif).
- # 4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT BANCAIRE (*DÉPÔT DIRECT*). Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*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. Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
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. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « **P** » - papier, « **T** » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT. Ce numéro peut occasionnellement 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 le mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

4.4.1.2 Sommaire

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

Messages généraux

Paielements 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

Description des codes de transaction

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										DEMANDES DE PAIEMENT MÉDECIN ASSURÉ 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-09-26 (T)	20AA-09-16 (P)	003	003
UNTEL		ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-10-07		OR-40	

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 0962007

4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

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

4.4.1.5 Avis de remboursement à la personne assurée

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

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

4.4.2 Vérification des paiements

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

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

4.5.3 Paiement refusé en partie

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

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

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

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

4.5.4 Paiement refusé en totalité

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

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

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

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

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

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

- b) **RÉVISION** : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire 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 4.7) 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 le redressement d'honoraires.

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

4.6 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 (voir 4.7) 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** - erreurs 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 médecin 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**.

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 été annulée et la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 4.7) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages - onglet *Messages explicatifs*).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé

- 00- Demande 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 sur un état de compte subséquent 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, paraîtra 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 / Prime de soutien
- 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 / Révision de la prime de soutien
- 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)
- 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- D. P. (demande de paiement) révisée à la suite du 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.

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2013

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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	●	9	10	11	12
(4)	14	15	16	17	18	19
(5)	21	●	23	24	25	26
(6)	29	30	31			
(7)	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		
(11)	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
(15)	24	25	26	27	28	29
(16)	30	31				

AVRIL							21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(15)	91	●	93	94	95	96	
	1	2	3	4	5	6	
(16)	98	99	100	101		103	
	7	8	9	10	11	12	13
(17)	105	●	107	108	109	110	
	14	15	16	17	18	19	20
(18)	112	113	114	115	116	117	
	21	22	23	24	25	26	27
(19)	119	●					
	28	29	30				

CALENDRIER DE PAIEMENT 2014

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

2014

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
						1
(7)	34	●	36	37	38	39
2	3	4	5	6	7	8
(8)	41	42	43	44	45	46
9	10	11	12	13	14	15
(9)	48	●	50	51	52	53
16	17	18	19	20	21	22
(10)	55	56	57	58		
23	24	25	26	27	28	

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
						1
(11)	62	●	64	65	66	67
2	3	4	5	6	7	8
(12)	69	70	71	72	73	74
9	10	11	12	13	14	15
(13)	76	●	78	79	80	81
16	17	18	19	20	21	22
(14)	83	84	85	86	87	88
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)						95
		1	2	3	4	5
(16)	97	98	99	100	101	102
6	7	8	9	10	11	12
(17)	104	●	106	107	108	109
13	14	15	16	17	18	19
(18)	111	112	113	114	115	116
20	21	22	23	24	25	26
(19)	118	●	120			
27	28	29	30			

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)						123
				1	2	3
(20)	125	126	127	128	129	130
4	5	6	7	8	9	10
(21)	132	●	134	135	136	137
11	12	13	14	15	16	17
(22)	139	140	141	142	143	144
18	19	20	21	22	23	24
(23)	146	●	148	149	150	151
25	26	27	28	29	30	31

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	157	158
1	2	3	4	5	6	7
(25)	160	●	162	163	164	165
8	9	10	11	12	13	14
(26)	167	168	169	170	171	172
15	16	17	18	19	20	21
(27)	174	●	176	177	178	179
22	23	24	25	26	27	28
(28)	181					
29	30					

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)						186
		1	2	3	4	5
(29)	188	●	190	191	192	193
6	7	8	9	10	11	12
(30)	195	196	197	198	199	200
13	14	15	16	17	18	19
(31)	202	●	204	205	206	207
20	21	22	23	24	25	26
(32)	209	210	211	212		
27	28	29	30	31		

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						214
				1	2	
(33)	216	●	218	219	220	221
3	4	5	6	7	8	9
(34)	223	224	225	226	227	228
10	11	12	13	14	15	16
(35)	230	●	232	233	234	235
17	18	19	20	21	22	23
(36)	237	238	239	240	241	242
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	●	246	247	248	249
1	2	3	4	5	6	
(38)	251	252	253	254	255	256
7	8	9	10	11	12	13
(39)	258	●	260	261	262	263
14	15	16	17	18	19	20
(40)	265	266	267	268	269	270
21	22	23	24	25	26	27
(41)	272	●				
28	29	30				

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)						277
		1	2	3	4	
(42)	279	280	281	282	283	284
5	6	7	8	9	10	11
(43)	286	●	288	289	290	291
12	13	14	15	16	17	18
(44)	293	294	295	296	297	298
19	20	21	22	23	24	25
(45)	300	●	302	303	304	
26	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
						1
(46)	307	308	309	310	311	312
2	3	4	5	6	7	8
(47)	314	●	316	317	318	319
9	10	11	12	13	14	15
(48)	321	322	323	324	325	326
16	17	18	19	20	21	22
(49)	328	●	330	331	332	333
23	24	25	26	27	28	29
30						

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	339	340
1	2	3	4	5	6	
(51)	342	●	344	345	346	347
7	8	9	10	11	12	13
(52)	349	350	351	352	353	354
14	15	16	17	18	19	20
(53)	356	●	358	359	360	361
21	22	23	24	25	26	27
(2)	363	364	365			
28	29	30	31			

7082 282 14/03

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

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

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

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

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

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

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

- 554** Le rôle demandé est inexistant pour ce code d'acte.
- 555** Conformément à la règle 8.1.i) de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 556** En raison de la règle 4.1 de l'*Addendum 6 - Obstétrique Gynécologie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 557** Conformément à la règle 8.1.ii) de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement en établissement ailleurs qu'à la salle d'urgence.
- # 558** Conformément à la règle 22, 24, 25 ou 30 du préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 559** Conformément à la règle 1.1, 2.1, 2.2 ou 6.4 de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes*, le modificateur **187** est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 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.
- 563** Le rôle et la spécialité sont incompatibles pour ce code d'acte.
- 564** Conformément à l'article 4.1 de l'annexe 40 (*Brochure n° 5*), le modificateur **189** est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis.
- 565** En raison de la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - 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 de l'*Addendum 4 - 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 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, 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 de l'*Addendum 4 - Chirurgie* pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 569** Conformément à la règle 3.3 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le modificateur **134** s'applique lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre.
- 570** Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte.
- 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.

- 573 Conformément à l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), le modificateur est incompatible avec le code de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 574 L'heure indiquée dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ne correspond pas au modificateur employé. Veuillez vérifier et resoumettre, s'il y a lieu.
- 575 Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir la section 6 - *Facturation des actes*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 576 Conformément à la note de la rubrique *Chirurgie de l'arythmie* (Système cardiaque), le modificateur **053** s'applique.
- 577 Conformément à la règle 14 du préambule général, à la règle 8.2 de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes* et à la règle 4.2 du préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHGS).
- 578 Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.
- 579 Le modificateur utilisé est non permis pour l'établissement facturé.
- 580 En raison de la règle 8.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **122**.
- 581 En raison de la règle 8.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **123** ou **125**.
- 582 Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 583 Conformément à l'article 4.1 de l'annexe 40 (*Brochure n° 5*), le modificateur **188** est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe.
- 584 Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.
- 585 L'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un local sous gestion du gouvernement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 587 Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=**058**) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=**059**).
- 588 Selon la règle 8 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*, on accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.
- 589 La majoration d'honoraires pour l'horaire de soir, le week-end ou les jours fériés est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par les annexes 10, 27 et 28.
- 590 Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine, et un jour différent d'un congé férié.

- 591** En raison de l'article 3 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour le paiement.
- 593** En raison de l'article 3 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire.
- 594** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 4.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 595** Selon l'article 10 de l'annexe 24, vous n'avez pas la désignation ou la spécialité requise(s) 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 7 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*, 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 qui figure sous l'acte facturé.
- 600** La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : annexes 38 ou 40 - *Brochure n° 5*). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 601** Conformément à l'article 7.3 de l'annexe 25 (*Brochure n° 1*), ce service est non payable, car un supplément de garde multi-établissement est déjà facturé par un autre professionnel.
- 602** Conformément au maximum prévu à la règle 5.5 du préambule général, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois par mois.
- # **603** Conformément à la règle 5.5 du préambule général, le maximum pour cet acte est dépassé.
- 604** La majoration d'honoraires pour l'horaire de nuit (modificateur **007**) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par l'annexe 10.
- 605** Conformément à la *Lettre d'entente n° 75 (Brochure n° 1)*, il ne peut être payé qu'un forfait quotidien par discipline visée.
- 606** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 10.
- 607** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 11.
- 608** Conformément au Plafonnement d'activités PA 1, nerf somatique, le maximum étant atteint pour ce service médical, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 609** Conformément au Plafonnement d'activités PA 3, électro-encéphalogramme de base, le maximum étant atteint pour ce service médical en cabinet, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 610** Le total des honoraires est rectifié pour correspondre à la somme des honoraires calculés.

- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 8.
- 613** Dépassement du maximum de visites de suivi oncologique payables.
- 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** Le maximum prévu aux différentes listes de gardes selon l'annexe 25 (*Brochure n° 1*) est dépassé. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (détail des heures, si disponible) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 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** Conformément à l'article 2.1 de la *Lettre d'entente n° 75 (Brochure n° 1)*, il ne peut être payé qu'un forfait par période de six jours consécutifs.
- 621** Conformément à l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), seuls les médecins désignés par la CSST ou pour l'IVAC peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622** Conformément à l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), 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 aux tarifs en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626** Conformément à la règle 16 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.
- 627** Facturation non conforme aux dispositions de la *Lettre d'entente n° 97 (Brochure n° 1)*.
- 628** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 5.
- 629** Seuls les anesthésiologistes ou les chirurgiens généraux faisant partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la FMSQ ont droit à la prime de remplacement (réf. : article 2.2 de l'annexe 32).
- 630** Conformément à l'annexe 38 ou 40 (*Brochure n° 5*), seuls les médecins désignés à l'annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.

- 710 Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.
- 711 Selon l'annexe 23, les codes **09991** et **09992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans un territoire désigné.
- 712 Selon l'annexe 23, vous n'êtes pas admissible au remboursement du temps de déplacement.
- 713 Conformément à l'annexe 23, les frais de déplacement s'appliquent seulement au médecin spécialiste qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier du Québec.
- 714 Selon l'annexe 23, vous n'êtes pas admissible au remboursement des frais de déplacement.
- 715 Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 717 Selon l'article 2.1a de l'annexe 23, les frais de déplacement ne sont remboursables que sur présentation de pièces justificatives.
- 718 Les frais d'un seul déplacement par semaine dans un même centre hospitalier sont payables en vertu de l'article 3 de l'annexe 23.
- 719 Les honoraires ont été ajustés ou refusés conformément aux dispositions de l'annexe 23.
- 720 Selon l'annexe 23, les frais de séjour ne sont pas remboursables par la Régie.
- 721 Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'annexe 23. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- 722 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 29.
- 723 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 28.
- 724 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725 Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé compte tenu du nombre de kilomètres accepté ou des renseignements fournis.
- 726 Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée ou d'un billet d'avion commercial jusqu'à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 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 4 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, la majoration des honoraires ne s'applique pas.
- 730 Remboursement à la personne 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.
- 731 Les honoraires ont été ajustés selon les renseignements fournis. (règle 9.1 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*).
- 732 La réclamation des frais de kilomètre 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.

- 735 Conformément à la règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **051** ou **038**.
- 736 Conformément à la règle 23.1 du préambule général, le modificateur **060** est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
- 737 Selon la règle 13 de l'*Addendum 5 – Appareil musculo-squelettique*, le code postal ou le numéro d'établissement ne correspond pas au lieu de pratique principal.
- 738 En raison de la règle 2.1 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **027**.
- 739 En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 3.2 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 740 Selon la règle 4 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, la majoration d'honoraires pour réduction ouverte (MOD=**039**) ainsi que celle pour la reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments (MOD=**020**) ne s'applique pas s'il y a micro-anastomose neurovasculaire.
- 741 En raison de la règle 3.2 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **049**.
- 742 En raison de la règle 3.2 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est non payable avec celui indiqué en référence.
- 743 En raison de la règle 6.1 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 744 En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 6.1 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- # 745 Le code d'acte n'est pas payable ou est inclus dans le code cité en référence comme mentionné dans son libellé.
- 746 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*).
- 747 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 748 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*).
- 749 Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 750 Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 751 En raison de la règle 4.9 de l'annexe 29 (*Brochure n° 1*), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs.
- 752 En raison de la règle 4.9 de l'annexe 29 (*Brochure n° 1*), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs et il est déjà facturé par un autre professionnel.
- 753 Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'annexe 29, dans la *Brochure n° 1*).

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

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

- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- # **912** Selon la règle 15 de l'*Addendum 4 – Chirurgie*, ce supplément est payable uniquement s'il est accompagné d'une chirurgie qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2).
- 914** Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 917** Cet acte est payable une seule fois par accident de travail ou par récurrence, rechute ou aggravation suite à une consolidation (RRA).
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire 1549.
- 923** Consécutivement à une appréciation d'ordre administrative, le forfait de la garde multi-établissements réclamé est remplacé par celui de la garde locale (art. 7.3 de l'annexe 25).
- # **924** Les honoraires de la garde multi-établissements ne sont pas payables. Selon les renseignements obtenus auprès d'un des établissements, la garde locale pour cette discipline y a été effectuée par un autre professionnel. S'il y a lieu, vérifier et refacturer les honoraires d'une garde locale pour cette discipline et cet établissement au cours de cette journée (art. 7.2 de l'annexe 25). Cependant, si vous croyez avoir droit à une garde multi-établissements, aucune refacturation n'est possible. Seule une demande de révision est possible.
- 925** À la suite des communications antérieures.
- 926** Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 936** Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.
- 937** Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.
- 938** Service déjà réclamé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

- 939 En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire, ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.
- 940 Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres, est manquant ou est erroné. Voir la section 3.2.2, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 941 Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est manquant ou erroné. Voir la section 3.2.5, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 942 La date des services est manquante, incomplète ou erronée. Voir la section 3.0, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 944 Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul dans la section *Actes* de la demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 946 Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951 Paiement rectifié à la suite d'une étude du service des Enquêtes.
- 952 Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960 Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.
- # 965 En raison de l'article 3 à l'annexe 41 portant sur le mode de rémunération exclusif, le code d'acte est non payable en regard du forfait quotidien de douleur chronique ou du forfait de prise en charge de patient. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 966 En raison de la note sous l'acte **09433**, le code d'acte est non payable le même jour que l'angioplastie transluminale, en regard de celui indiqué en référence.
- 967 En raison de la note sous l'acte **09433**, le code d'acte est non payable le même jour que l'angioplastie transluminale, en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 968 En raison de la règle 1 (règle 2 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 1 - Médecine*, le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis, le code d'acte est **non payable** s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les enseignements inscrits à l'avis.

- 971** Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 972** **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 973** **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 974** En raison de la règle 11 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence.
- 975** En raison de la règle 11 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 980** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 981** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis. Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.
- 982** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 997** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section *Règlement* du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 998** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.
Dossier assujéti aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (Échelle de Berg < 45/56) ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) peut réclamer le paiement d'une deuxième (2^e) visite principale à partir de la septième (7^e) journée de la date d'admission et, par la suite, une visite principale sera payable par période de sept (7) jours depuis la dernière visite principale.

AVIS : Voir le code d'acte **15139** sous l'onglet B - Tarification des visites.

Également, le médecin classé en microbiologie-infectiologie peut réclamer le paiement d'une deuxième visite principale à partir de la vingt-et-unième (21^e) journée de la date d'admission lorsque aucune visite de transfert n'a été réclamée pour ce patient durant son hospitalisation.

AVIS : Voir le code d'acte **16111** sous l'onglet B - Tarification des visites.

Également, conformément à la Règle d'application n° 27, le médecin classé en médecine interne peut réclamer le paiement d'une visite principale par période de sept (7) jours.

5.5 Le médecin spécialiste qui suit un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, peut demander paiement d'une visite principale subséquente par trimestre, sauf pour le médecin classé en pédiatrie lequel peut demander le paiement d'une visite principale subséquente par mois.

AVIS : *Référer à l'onglet B - Tarification des visites aux codes d'acte **00035, 00047, 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061, 09062, 09296, 09297, 09298, 15006, 15026** ou **15332** selon la spécialité.*

Toutefois en gériatrie, le médecin gériatre qui est appelé auprès d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où il exerce habituellement peut demander paiement d'une nouvelle visite principale par mois. Maximum de 4 par année civile, par patient, par gériatre.

AVIS : *Référer à l'onglet B - Tarification des visites aux codes d'acte **15072** et **15073**.*

Aucun supplément de durée ne peut être ajouté au tarif de cette visite.

5.6 Pour le médecin à qui elle s'applique, la visite de transfert remplace la visite principale et elle ne peut lui être payée qu'une fois pendant l'hospitalisation du patient. Par la suite, la Régie lui paie des visites de contrôle.

La visite de transfert ne peut être réclamée à l'endroit d'un patient transféré le week-end ou un jour férié. En ce cas, l'honoraire applicable est celui prévu pour la tournée des malades.

5.7 Un médecin peut réclamer, pour un patient, un maximum de deux unités de visite par jour d'hospitalisation, pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. Par unité de visite, on entend la visite principale (avec ou sans supplément de durée, de consultation ou de prise en charge), la visite de transfert, la visite de contrôle, la visite de suivi, la visite de départ, l'évaluation particulière, la tournée des malades, l'évaluation génétique, le suivi d'évaluation génétique, la visite de réévaluation psychiatrique et la visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité. (1*)

AVIS : (1*) *Indiquer l'heure et la date de la visite effectuée en dehors de la période de 7 h à 19 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

La présente règle ne s'applique pas aux visites en pédiatrie et en biochimie médicale, à la visite de contrôle des soins de ventilation, à la visite de contrôle en médecine interne, à un patient traité par un généticien dans une unité de soins intensifs ou de soins de néonatalogie ou à un patient traité dans une unité de soins intensifs par un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

Dans une unité de soins de néonatalogie, un maximum d'unités de visite de contrôle peut être réclamé, par patient, entre 7 heures et 19 heures, par l'ensemble des médecins classés en pédiatrie. Pour un patient qui n'est pas sous respirateur, ce maximum est de trois (3) unités de visite de contrôle. Pour un patient sous respirateur, ce maximum est de cinq (5) unités de visite de contrôle. (1*) (2*)

Dans les autres unités de soins, un pédiatre peut réclamer un maximum de trois (3) unités de visite par jour d'hospitalisation pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

- # Le médecin classé en biochimie médicale ne peut réclamer qu'une seule visite par patient, par jour d'hospitalisation, pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

Le médecin classé en médecine interne peut réclamer un maximum de deux visites de contrôle par jour d'hospitalisation, pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

Pour un patient traité par un généticien dans une unité de soins intensifs ou de soins de néonatalogie, ce dernier peut réclamer un maximum de quatre (4) unités de visite par jour d'hospitalisation.

Dans une unité de soins intensifs, le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie peut réclamer un maximum de 3 visites de contrôle par jour d'hospitalisation pour la période comprise entre 7 heures et 19 heures. (1*)

AVIS : (1*) Indiquer l'heure et la date de la visite effectuée en dehors de la période de 7 h à 19 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

(2*) Identifier une personne assurée sous respirateur par la lettre « R » dans la case C.S.
Seuls les services reliés à ce cas doivent être facturés sur la demande de paiement.

14.3 À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités, on établit comme suit les honoraires majorés de l'urgence :

- On majore le tarif des unités de durée pour le temps de l'intervention qui coïncide avec l'horaire de garde;
- On majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise pendant l'horaire de garde.

AVIS : Voir la section 3.2.6.4 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

Intervalle	Début de l'opération (tous les rôles)	Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)
NUIT, du lundi au vendredi de minuit à 7 h (majoration de 150 %)	017	091
# JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 8 h (majoration de 29 % (1*))	----- ou 919(1*)(2*)	098 ou 225(1*)
JOUR, du lundi au vendredi, de 8 h à 15 h (aucune majoration)	-----	098
# JOUR, du lundi au vendredi, de 15 h à 19 h (majoration de 29 % (1*))	----- ou 919(1*)(2*)	098 ou 225(1*)
SOIR, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration de 70 %)	018	090
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de minuit à 7 h (majoration de 150 %)	017	091
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit (majoration de 70 %)	019	092

(1*) Pour les services concernés par la règle 12 de l'addendum 8

(2*) Ce modificateur s'applique peu importe le lieu.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

Intervalle	Début de l'opération (tous les rôles)	Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)
# Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h (majoration de 29 % (1*))	----- ou 919(1*)(2*)	098 ou 225(1*)
En tout autre temps	-----	098

(1*) Pour les services concernés par la règle 12 de l'addendum 8

(2*) Ce modificateur s'applique peu importe le lieu.

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 221 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 147 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 296 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 147 \$ pour le reste de la garde.

AVIS : *Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*

- Code d'acte **09203** de minuit à 7 h;
- Code d'acte **09204** de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 19 h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

*Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur **094** ou un de ses multiples.*

14.5 Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le jour de l'An, le lendemain du jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des patriotes, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de grâces, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du jour de l'An.

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 calendrier des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu (voir à la fin du présent onglet, les noms des jours fériés peuvent différer au tableau des dates fixées par la Régie).*

Le médecin doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

RÈGLE 15.

TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

15.1 En centre hospitalier de soins de courte durée, les honoraires des visites de contrôle effectuées le week-end ou un jour férié à l'occasion d'une tournée des malades hospitalisés font l'objet d'une majoration au sein de certaines disciplines, tel que prévu aux tableaux d'honoraires.

Cette règle vaut pour la visite d'un patient effectuée par le médecin qui en a charge ou celui qui le remplace, et par celui qui rend des soins simultanés.

La majoration prévue au premier alinéa de cette règle s'applique également aux honoraires du service médical Unité coronarienne apparaissant à la Tarification des visites, en cardiologie et en médecine interne.

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 04788 (dissection et excision de paquets variqueux, etc., voir NOTE, page J-16).

- # Le médecin doit formuler une demande écrite en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention. Pour ce faire, il peut remplir le formulaire *Demande d'autorisation en plastie* (4248).

Il doit identifier la personne assurée par son nom, son NAM et son adresse, car si la demande d'autorisation est refusée, une lettre doit être adressée également à cette personne pour qu'elle puisse exercer son droit de recours si elle le désire.

IMPORTANT : Les photos ne sont pas requises sauf en chirurgie plastique.

Adresser la demande à :

- # Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

**SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS
D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES**

Les adresses des provinces et des territoires

ALBERTA

Alberta Health
10025 Jasper Avenue P.O. Box 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street P.O. Box 1600
Victoria (BC) V8W 2X9
Téléphone : 250 386-7171
Appels sans frais : 1 800 663-7100

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road P.O. Box 3000
Montague (PE) 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

INDEX

Page

TARIFICATION DES VISITES	B-3
ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
Allergie	B-5
Anesthésiologie	B-9
Biochimie	B-13
Cardiologie	B-15
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-21
Chirurgie générale	B-25
Chirurgie orthopédique	B-29
Chirurgie plastique	B-31
Chirurgie vasculaire	B-33
Dermatologie	B-35
Endocrinologie	B-41
Gastro-entérologie	B-47
ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-51
Génétique médicale	B-53
Gériatrie	B-57
Hématologie - oncologie médicale	B-63
Hygiène publique	B-69
ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-71
Médecine d'urgence	B-77
Médecine interne	B-85
Médecine nucléaire	B-91
ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-93
Microbiologie - Infectiologie	B-95
Néphrologie	B-101
Neurochirurgie	B-105
Neurologie, neuropsychiatrie, électroencéphalographie	B-109
Obstétrique - Gynécologie	B-115
Ophtalmologie	B-127
Oto-rhino-laryngologie	B-133
ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-137
Pédiatrie	B-139
Physiatrie	B-147
Pneumologie	B-153
ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-157
Psychiatrie	B-161
# Radio-oncologie	B-175
# Rhumatologie	B-179
# ADDENDUM 12- SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL	B-183
# Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail	B-185
# Urologie	B-191
# Hors discipline	B-195
# Divers	B-197
#EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETRE D'ENTENTE N° 5)	B-199
#ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETRE D'ENTENTE N° 6)	B-199

#LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N ^O 64).....	B-201
#LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N ^O 172).....	B-203
#SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU	B-205
#SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-205
#SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER.....	B-206
#ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	B-207
#ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE <i>Abrogé</i>	B-220

ALLERGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n° 29.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	79,00
15363	patient de 10 ans et moins, supplément	8,00
----	Supplément de consultation 65,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	144,80
15364	patient de 10 ans et moins, supplément.	8,00
09137	Supplément de durée (1*)	28,40
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09129	Visite de contrôle	53,20
15365	patient de 10 ans et moins, supplément.	8,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	79,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	79,00
15366	Patient de 10 ans et moins, supplément.	15,00
15367	Si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
----	Supplément de consultation 61,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,00
15368	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15369	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément.	40,00
09080	Supplément de durée (1*)	11,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09094	Visite de transfert	38,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

09152	Visite de contrôle	42,00
15370	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15371	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	45,00
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs : premier jour	107,00
09096	chaque jour subséquent	63,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	99,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	99,00

Externe

09162	Visite principale	59,00
15372	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15373	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
----	Supplément de consultation 48,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,10
15374	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15375	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09078	Supplément de durée	16,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09164	Visite de contrôle	34,20
15376	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15377	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00

Salle d'urgence		
15378	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,00
15379	patient de 10 ans et moins, supplément.	15,00
15380	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément.	40,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,90
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

**Supervision du traitement de remplacement
de gammaglobuline ou de l'inhibiteur de la c1 estérase :**

16000	par voie sous-cutanée ou intraveineuse, à domicile, par mois, par patient	75,00
-------	---	-------

Établissement :

Évaluation - greffe de moelle		
15381	Évaluation d'un malade dirigé pour déterminer l'opportunité d'une greffe de moelle, dans les cas d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres)	250,00
NOTE : L'acte codé 15381 n'est payable qu'une fois par patient, par année civile		

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	59,00
----	Supplément de consultation 48,10	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	107,10
09088	Supplément de durée	16,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	34,20
-------	--------------------------	-------

ANESTHÉSIOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	16,80
	Supplément de consultation 22,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	39,40
09129	Visite de contrôle	8,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	15,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09135	Visite de contrôle	10,50
15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement.	26,30
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 00984.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	70,00
09096	chaque jour subséquent.	47,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	99,00
09098	<i>chaque jour subséquent.</i>	99,00

Soins intensifs		
15482	Visite principale.	60,00
----	Supplément de consultation 65,00	
15483	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,00
15484	Visite de contrôle.	24,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fin de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.</i>	
Externe		
09162	Visite principale.	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09145	Visite de contrôle.	10,50
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09148	Visite de contrôle	11,00
Domicile :		
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00
Établissement :		
Clinique d'évaluation préopératoire		
15485	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'avant-midi Minimum de 7 et maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00
15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'avant-midi Minimum de 4 et maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	50,00
15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'avant-midi Minimum de 2 et maximum de 6 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	75,00
15600	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'après-midi. Minimum de 7 et maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00

BIOCHIMIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	51,90
----	Supplément de consultation 54,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09129	Visite de contrôle	26,90

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	61,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,70
----	Supplément de consultation 44,60	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09094	Visite de transfert	44,60

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	21,60
-------	--------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09164	Visite de contrôle	22,10

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09202	Visite de contrôle	22,10

CARDIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n^o 19.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	71,80
----	Supplément de consultation 59,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	131,20
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	131,20
#	AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
09129	Visite de contrôle	31,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	76,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	76,20
----	Supplément de consultation 58,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,20
15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	134,20
#	AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
09094	Visite de transfert	76,20
	AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.	
09152	Visite de contrôle	33,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	50,40
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	
16001	première visite	134,60
16002	visite subséquente	33,60
	AVIS : Pour le code 16001 , inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	140,20
	chaque jour subséquent	78,50

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	99,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	99,00

09173	Télécommunication par téléscripateur comportant un rapport de consultation au médecin traitant	56,10
-------	--	-------

09163	Télécommunication avec supervision d'une ultrasonographie cardiaque incluant la rédaction d'un rapport spécifique, supplément pédiatrique (bénéficiaire de moins de 2 ans)	84,10
-------	--	-------

NOTES :

1. Ce service médical ne peut être facturé le même jour que les codes d'acte 08303 et 08311 par un même médecin et pour un même patient.

2. Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- CHUQ (Pavillon CHUL)
- CHUS
- Hôpital Ste-Justine
- L'Hôpital de Montréal pour Enfants

AVIS : *Pour la facturation des codes d'acte 09163 et 09173, inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

09221	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	68,40
-------	---	-------

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 09224 ainsi que les honoraires correspondants.*

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	95,30
-------	---	-------

AVIS : *Pour les codes d'acte 09221 et 09224, inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité coronarienne.*

00024	Visite de départ	56,10
-------	----------------------------	-------

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

	Externe	
09162	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 43,70	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,70
15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	98,70
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
09164	Visite de contrôle	26,30
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	première visite	112,10
16005	visite subséquente (maximum 10 par patient, par année civile) .	56,10
	NOTES : 1. Les actes codés 16004 et 16005 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes. 2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, l'acte codé 16004 peut être demandé par un autre médecin. - CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or - CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles - CSSS du Lac-des-deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code 16004, inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	
16006	première visite	134,60
16007	visite subséquente	26,30
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code 16006, inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque	84,60
	Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)	
	Liste agréée des établissements en cardiologie : - Institut de Cardiologie de Montréal - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - CHUM - Hôpital Notre-Dame - CUSM - Hôpital Royal Victoria - CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants - Hôpital Sainte-Justine	

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,60
15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	141,60

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	22,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	22,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,80
09148	Visite de contrôle	11,70

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Établissement :

Évaluation - greffe cardiaque et arythmie :

09207	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire.	280,40
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne.	112,10

NOTE : Le service médical codé 09208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc
- CUSM (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital général de Montréal et Hôpital Royal Victoria)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Sainte-Justine
- CHUQ (CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec et Hôpital Saint-François d'Assise)
- Institut de Cardiologie de Québec (Hôpital Laval)
- CHUS

AVIS : - *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;*
 - *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*

15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale.	134,60
	Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).	

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Hôpital Laval
- CHUM - Hôpital Notre-Dame
- CHUM - Hôpital Saint-Luc
- CHUM - Hôtel-Dieu
- CUSM - Hôpital Royal Victoria
- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants
- CUSM - Hôpital général de Montréal
- CUSM - Institut et Hôpital neurologiques de Montréal
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Sainte-Justine
- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CHUS - Hôtel-Dieu
- CHUQ - CHUL
- CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec
- L'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

- # **AVIS :** - *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;*
- *Inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;*
- *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 43,70	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,70
15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	98,70
#	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
09202	Visite de contrôle	26,30

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 09286, 09288 et 09290**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire ..10,50	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	52,60
15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie .	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09292	Supplément de durée.	26,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	15,80
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09152	Visite de contrôle	28,30
-------	--------------------------	-------

#**AVIS :** (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	132,60
09096	chaque jour subséquent	74,30

NOTE : Ce forfait n'est payable qu'au chirurgien cardiovasculaire et thoracique qui détient une certification en soins intensifs.

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

Externe

09162	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	105,00
15384	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 7.*

09164	Visite de contrôle	28,30
09293	Évaluation par un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier. ...	56,70

Cet honoraire est payé au chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (voir liste agréée des établissements).

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

#AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
(2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
(3*) *Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Complexe hospitalier de la Sagamie
- CUSM - L'Hôpital de Montréal pour Enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CUSM - Hôpital Général de Montréal
- Hôpital Laval
- Hôpital Notre-Dame du CHUM
- CUSM - Hôpital Royal Victoria
- Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant
- Hôpital Saint-Luc du CHUM
- Hôtel-Dieu du CHUM
- Institut de Cardiologie de Montréal
- L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis
- CHUQ - Pavillon C.H. de l'Université Laval

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie ..	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09148	Visite de contrôle	11,00
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*1).....	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*).....	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*).....	105,00
09202	Visite de contrôle	28,30

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	61,70
----	Supplément de consultation	62,80
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	124,50
09129	Visite de contrôle	17,60

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	57,30
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	57,30
----	Supplément de consultation	41,90
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,20
----	Supplément de consultation anténatale	62,70
#15386	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte au sujet du fœtus dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (1*)	120,00
NOTE : L'acte codé 15386 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.		

15387	Visite de suivi oncologique	40,00
-------	-----------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	22,00
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	95,90
09096	chaque jour subséquent	65,00

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient		
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien général durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien général qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien général, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	127,30
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.	381,80

Soins intensifs

15388	Visite principale.	77,30
----	Supplément de consultation 71,90	
#15389	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	149,20
15390	Visite de contrôle.	26,50

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.*

Externe

09162	Visite principale.	47,40
----	Supplément de consultation 51,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,20
15391	Visite de suivi oncologique.	40,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.</i>	
09164	Visite de contrôle.	14,30

#**AVIS :** (1*) *Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

15272	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge 600,00
	NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.
	NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec l'acte codé 15272.

AVIS : *Cet acte doit être facturé **seul**, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) dans la section Actes;*
- Inscrire le code ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- Inscrire le nombre total de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun impact sur les honoraires;
*- Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., mais **ne rien inscrire** dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Veillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées pour fin de références ultérieures.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	41,20
09148	Visite de contrôle	11,00
Domicile :		
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien général au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00
-------	---	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	47,40
----	Supplément de consultation 51,80	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,20
09202	Visite de contrôle	14,30

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

AVIS : - Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.
 - Pour la facturation de tous les codes de visite, voir la Règle d'application n° 28.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	64,30
----	Supplément de consultation 21,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	85,60
09292	Supplément de durée	42,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	18,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	54,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	54,50
----	Supplément de consultation	10,20
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	64,70
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	92,10

Externe

09162	Visite principale	49,10
----	Supplément de consultation 19,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,00
09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	90,60

#**AVIS :** (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	30,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	30,70
----	Supplément de consultation 26,60	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	57,30
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	49,10
----	Supplément de consultation 19,90	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,00
09202	Visite de contrôle	14,50

#**AVIS :** (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE PLASTIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,00
----	Supplément de consultation 9,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	54,00
09292	Supplément de durée	100,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	27,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	48,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	55,00
09152	Visite de contrôle	34,00

Externe

09162	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,00
09164	Visite de contrôle	27,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	28,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

#**AVIS :** (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	50,00
09202	Visite de contrôle	27,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE VASCULAIRE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,70
----	Supplément de consultation 52,10	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	102,80
09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,60
----	Supplément de consultation 34,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09152	Visite de contrôle	14,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	19,20
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	79,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ

	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien vasculaire durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien vasculaire qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien vasculaire, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	105,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.....	315,00
Externe		
09162	Visite principale.....	38,50
----	Supplément de consultation 43,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09164	Visite de contrôle.....	12,60

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.....	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	41,20
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

DERMATOLOGIE

#AVIS : Pour la facturation des visites de cette section, voir les articles 1 et 2 de la Règle d'application n° 22.

15488 Un supplément est payable si patient de 85 ans ou plus 13,00

NOTE : L'acte codé 15488 peut s'appliquer à toutes les visites dans tous les lieux de dispensation.

Malgré la règle 2.2 de l'addendum de Chirurgie, le dermatologue a droit au tarif de sa visite sans égard aux autres actes qu'il pose en cette occasion.

NOTE : Le supplément pour traitement d'ulcère peut être facturé dans les situations suivantes :

- Plaie au membre inférieur secondaire à une insuffisance veineuse, insuffisance artérielle ou à un pied diabétique;
- Plaie de pression au niveau du siège de Grade II ou plus;
- Plaie chronique (> 6 semaines) postchirurgie ou post-radiothérapie;
- Pyoderma gangrenosum;
- Collagénose avec ulcérations;
- Néoplasie ulcérée incurable.

AVIS : Inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

Cabinet privé :

15489 Visite de suivi pour pathologies lourdes :

- dermite atopique de l'adulte sous traitement systémique immuno-suppresseur*;
- dermite atopique sévère chez l'enfant de 5 ans ou moins;
- psoriasis sous traitement systémique immunosuppresseur* ou Soriatane;
- collagénoses sous traitement systémique*;
- cancers cutanés métastatiques sous traitement systémique*;
- malformations vasculaires majeures;
- génodermatoses;
- maladies bulleuses auto-immunes;
- lymphomes;
- Éruptions médicamenteuses sévères (nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Steven-Johnson, pustulose érythémateuse généralisée aiguë, syndrome d'hypersensibilité (DRESS)).

78,00

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

AVIS : Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

R = 1

09180	Visite principale	53,00
16008	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 12,50	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,50
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgentologue, supplément	10,80
16010	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 20,30	
16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	73,30
	NOTE : L'acte codé 16011 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09220	Supplément de durée (1*)	54,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15149	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	55,48
09182	Visite de contrôle	28,38

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15490	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique de l'adulte sous traitement systémique immunosuppresseur*; - dermite atopique sévère chez l'enfant de 5 ans ou moins; - psoriasis sous traitement systémique immunosuppresseur* ou Soriatane; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques sous traitement systémique*; - malformations vasculaires majeures; - génodermatoses; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes; - Éruptions médicamenteuses sévères (nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Steven-Johnson, pustulose érythémateuse généralisée aiguë, syndrome d'hypersensibilité (DRESS))	88,20
	NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.	

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case*
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

09183	Visite principale	63,20
-------	-----------------------------	-------

#**AVIS :** (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	63,20
16013	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 17,80	
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,00
16014	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
09081	Supplément de durée (1*)	21,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09132	Visite de transfert	41,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	49,30
09185	Visite de contrôle	22,20
09174	Tournée des malades le week-end	29,60
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	119,60
09096	chaque jour subséquent	69,60
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00
	Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés	
15491	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	119,60
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6.3 du préambule général.	
15492	Visite subséquente	69,60

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

Externe

15493	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique de l'adulte sous traitement systémique immunosuppresseur*; - dermite atopique sévère chez l'enfant de 5 ans ou moins; - psoriasis sous traitement systémique immunosuppresseur* ou Soriatane; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques sous traitement systémique*; - malformations vasculaires majeures; - génodermatoses; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes; - Eruptions médicamenteuses sévères (nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Steven-Johnson, pustulose érythémateuse généralisée aiguë, syndrome d'hypersensibilité (DRESS))	67,46
	NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.	

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09186	Visite principale.	42,46
16016	si traitement d'ulcère, supplément.	27,10
----	Supplément de consultation 12,15	
09250	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	54,61
16017	si traitement d'ulcère, supplément.	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,54	
16018	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire).	59,00
	NOTE : L'acte codé 16018 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09079	Supplément de durée.	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

15172	Visite de suivi pour traitement d'ulcère.	48,10
09187	Visite de contrôle.	21,00

16020	Salle d'urgence Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,90
-------	---	-------

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

15494	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique de l'adulte sous traitement systémique immunosuppresseur*; - dermite atopique sévère chez l'enfant de 5 ans ou moins; - psoriasis sous traitement systémique immunosuppresseur* ou Soriatane; - collagénoses sous traitement systémique*; - cancers cutanés métastatiques sous traitement systémique*; - malformations vasculaires majeures; - génodermatoses; - maladies bulleuses auto-immunes; - lymphomes; - Eruptions médicamenteuses sévères (nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Steven-Johnson, pustulose érythémateuse généralisée aiguë, syndrome d'hypersensibilité (DRESS))	49,40
-------	--	-------

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologue doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09188	Visite principale	24,40
09297	Visite principale subséquente, par trimestre	24,40
16021	Si traitement d'ulcère, supplément.	27,10
09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	67,50
16022	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	39,90
09189	Visite de contrôle	12,80

Domicile :

09190	Visite principale	44,00
09191	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09205	Visite principale	42,46
16024	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 12,15	
09251	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	54,61
16025	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 16,54	
16026	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	59,00
09089	Supplément de durée	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

#15174	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
#09206	Visite de contrôle	21,00

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	80,00
15411	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15411 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15412	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15412 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15413 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
----	Supplément de consultation 102,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	182,50
15414	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15414 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15415	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15415 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15416 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
15194	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	250,00

AVIS : Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, utiliser dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement les renseignements relatifs à une femme requérant le service.

R = 1

09137	Supplément de durée (1*)	30,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09129	Visite de contrôle	35,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	70,00
-------	-------------------------	-------

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	70,00
-------	--	-------

15417	Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15417 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15418	Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
-------	---	-------

NOTE : L'acte codé 15418 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

----	Supplément de consultation 72,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	142,50

15419	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15419 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15420	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
-------	---	-------

NOTE : L'acte codé 15420 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

09080	Supplément de durée (1*)	11,40
-------	--------------------------------	-------

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094	Visite de transfert	45,45
-------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	25,00
-------	--------------------------	-------

09161	Tournée des malades le week-end	50,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	98,00
	chaque jour subséquent	57,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>		
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00
15421	Visite de suivi pour patient de moins de 18 ans ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs . .	79,00
NOTE : Maximum d'une visite par patient, par médecin, par jour.		
NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce médecin pour ce même patient, le même jour, sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du préambule général.		
00024	Visite de départ	60,00
<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.		
Externe		
09162	Visite principale	60,00
15422	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
NOTE : L'acte codé 15422 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les actes codés 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.		
15423	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
NOTE : L'acte codé 15423 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les actes codés 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.		
16030	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15424	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
NOTE : L'acte codé 15424 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.		
15425	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
NOTE : L'acte codé 15425 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.		
----	Supplément de consultation	62,50

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,50
15426	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15426 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15427	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15427 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16031	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15428	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
	NOTE : L'acte codé 15428 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.	
15429	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15429 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
15195	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	200,00
	<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, inscrire dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement les renseignements relatifs à une femme requérant le service.	
15430	Prise en charge du patient de moins de 18 ans dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	60,00
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par patient, par jour.	
09078	Supplément de durée	18,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle.	25,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin endocrinologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes . . .	55,10
-------	---	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT** (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	60,00
16033	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 62,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,50
16034	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
09088	Supplément de durée	18,40

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09202	Visite de contrôle	25,00
-------	--------------------------	-------

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	75,00
----	Supplément de consultation 40,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,00
09137	Supplément de durée (1*)	27,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	22,20

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15351	Un supplément est payable si le patient est hospitalisé sous les soins d'un gastro-entérologue ou d'un hépatologue à titre de médecin traitant	50,00
	NOTE : L'acte codé 15351 s'applique avec les actes codés 09060, 09150, 09160, 09161 et 16035 et il est payable une fois par patient, par hospitalisation.	

AVIS : *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*

09150	Visite principale	90,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	90,00
15273	patient de moins de 18 ans, supplément.	7,60
----	Supplément de consultation 60,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	150,00
15274	patient de moins de 18 ans, supplément.	12,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 86,30	
16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	176,30
16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	63,40
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 86,30	

#**AVIS :** (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile.	176,30
09080	Supplément de durée (1*)	11,10
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

09094	Visite de transfert	60,00
-------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle.	25,00
09161	Tournée des malades le week-end	50,00
(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	103,50
	chaque jour subséquent	60,20

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15353	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00
-------	---	--------

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

Externe

09162	Visite principale.	60,00
15275	patient de moins de 18 ans, supplément	5,80
----	Supplément de consultation 40,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
15276	patient de moins de 18 ans, supplément	10,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 92,70	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

16037	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	152,70
16038	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	63,40
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 116,30	
15354	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	176,30
09078	Supplément de durée	16,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	20,00
	Salle d'urgence	
15355	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.	
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	22,30
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,30
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,10
09148	Visite de contrôle	11,60
	Domicile :	
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	60,00
15277	patient de moins de 18 ans, supplément	5,80
----	Supplément de consultation 40,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
15278	patient de moins de 18 ans, supplément	10,70
09088	Supplément de durée	16,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	20,00
-------	--------------------------	-------

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation ou d'une raison d'évaluation différente ou lorsqu'elle est effectuée par un médecin différent.

AVIS : *S'il y a lieu, inscrire la raison d'évaluation différente dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	125,70
----	Supplément de consultation 83,90	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,60
09001	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40
09002	Suivi d'évaluation génétique familiale (1*)	92,30
09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	184,40
09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale (1*)	92,30
09129	Visite de contrôle	41,80
09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	25,00

NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.

AVIS : *Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.*

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	216,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	216,80
16039	Si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	33,60
----	Supplément de consultation 171,60	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	388,40
16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	33,60
09008	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40
09009	Évaluation génétique prénatale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40

AVIS : (1*) *Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

R = 1

09094	Visite de transfert	125,70
	NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
15431	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge.	200,00
09152	Visite de contrôle.	41,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	55,90
09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	25,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	
	Externe	
09162	Visite principale.	174,70
----	Supplément de consultation 108,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	283,60
09013	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40
09014	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	92,30
09015	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40
09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	92,30
09017	Évaluation génétique au vu du dossier	92,30
15432	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge.	200,00
15433	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour pour remplacement enzymatique, incluant l'évaluation clinique prétraitement et la responsabilité durant l'infusion	206,00
09164	Visite de contrôle.	41,80
09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	25,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	

AVIS : (1*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.
 (2*) Inscire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	174,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	174,70
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,60
09021	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40
09022	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	92,30
09023	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,40
09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	92,30
09148	Visite de contrôle	41,80
09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	25,00
NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.		

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)**
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	174,70
----	Supplément de consultation 108,90	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	283,60
09202	Visite de contrôle	41,80

AVIS : (1*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.
 (2*) Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

GÉRIATRIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **00031**, **00043** et **00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 35,00	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,00
00032	Supplément de durée (1*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	138,55
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	138,55
#15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois.	138,55
15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15495	Patient atteint de polyopathie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15496	Patient atteint de polyopathie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	86,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
----	Supplément de consultation 80,20	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,75
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15497	patient atteint de polyopathie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15498	patient atteint de polyopathie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15499	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00037	Supplément de durée (1*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert (2*)	34,00
00039	Visite de contrôle.	10,75
00041	Tournée des malades le week-end	35,25
15500	patient de 85 ans et plus, supplément	20,00
15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre).	181,10

AVIS : - Incrire le « Score » ou « polymédication » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

- Incrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.

Voir la règle 5.4 du préambule général.

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

(2*) Voir la règle 5.6 du préambule général.

00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00054	premier jour	98,00
	chaque jour subséquent	57,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00
15501	Soins médicaux pour un patient dans une unité de gériatrie de courte durée, à titre de médecin traitant, excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	27,00
NOTE : L'acte codé 15501 ne peut être facturé avec l'acte codé 15139 et ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.		
00024	Visite de départ	110,00
<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.		
15502	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément.	40,00
15503	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé.	135,00
15504	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
Externe		
00042	Visite principale	138,55
15242	patient de 85 ans et plus, supplément.	55,00
15506	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément.	40,00

15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	86,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
----	Supplément de consultation 80,20	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,75
15243	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15507	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée (1*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15508	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	135,00
15509	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
00045	Visite de contrôle.	10,75

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	138,55
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	138,55
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	138,55
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15510	Patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	86,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,75
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15511	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	140,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
15512	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
00049	Visite de contrôle (1*)	10,75
	Domicile :	
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

#AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 27.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	138,55
----	Supplément de consultation 80,20	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,75
00065	Supplément de durée (1*)	15,00
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
00066	Visite de contrôle	10,75

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

#AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 35.

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	56,00
----	Supplément de consultation 131,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,80
15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	20,50

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	56,00
----	Supplément de consultation 131,80	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,80
15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation (Groupe A)**

09150	Visite principale	95,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	95,70
----	Supplément de consultation 95,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	191,40
09094	Visite de transfert	55,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	58,50
09012	Visite de suivi oncologique	58,50

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.

09152	Visite de contrôle	40,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	72,10

16003	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur) Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.	
00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	68,70
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	56,30

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
09096	chaque jour subséquent	57,00

AVIS : - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

Hospitalisation (Groupe B)

15005	Visite principale	95,70
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	95,70
----	Supplément de consultation	95,70
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	191,40
15008	Visite de transfert	69,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15009	Visite de suivi oncologique	58,50
-------	---------------------------------------	-------

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.

15010	Visite de contrôle	40,00
-------	------------------------------	-------

15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	72,10
16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	200,00
NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.		
Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)		
Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.		
15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	68,70
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	56,30
<u>AVIS :</u> Indiquer la date d'entrée en établissement.		
15014	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
15015	chaque jour subséquent	57,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
par jour, par patient		
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00
Externe (Groupe A)		
09162	Visite principale	44,60
15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	13,40
----	Supplément de consultation 143,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,80
16053	Visite de suivi oncologique	25,00

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.

R = 1

15281	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09164	Visite de contrôle.	14,75
16054	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	68,10
	Externe (Groupe B)	
15020	Visite principale.	44,60
----	Supplément de consultation 143,20	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,80
16055	Visite de suivi oncologique	25,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.	
15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15022	Visite de contrôle.	19,00
16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	68,10

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe A) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe B) :**

15025	Visite principale	20,00
15026	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
15028	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	135,50
	NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.	

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Inscrire la durée totale de votre participation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

Groupe A		
09201	Visite principale	44,60
----	Supplément de consultation 143,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,80
15283	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle	14,75
Groupe B		
15030	Visite principale	44,60
----	Supplément de consultation 143,20	74,20
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,80
15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle	19,00

HYGIÈNE PUBLIQUE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	39,50
----	Supplément de consultation 33,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
09137	Supplément de durée (1*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	20,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09080	Supplément de durée (1*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end	22,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	

Externe

09162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

09078	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle.	14,75
-------	-----------------------------	-------

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00
09088	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	14,75
-------	------------------------------	-------

MÉDECINE D'URGENCE**AVIS :** Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.

15603	Un supplément est payable pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète (autre que français ou anglais)	25,00
-------	---	-------

Cabinet privé

15201	Visite	37,60
-------	------------------	-------

----	Supplément de consultation en médecine sportive 58,70	
------	---	--

15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive)	96,30
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin ou dentiste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15204	Visite auprès d'un patient admis	54,00
-------	--	-------

----	Supplément de consultation interdisciplinaire 47,00	
------	---	--

15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)	101,00
-------	--	--------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 58,70	
15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	112,70

----	Supplément de consultation en toxicologie 58,70	
------	---	--

16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)	112,70
-------	--	--------

----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 58,70	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	112,70

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	136,00
	chaque jour subséquent	79,00

AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

AVIS : Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants :

15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	75,60
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	65,80
15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	141,40

AVIS : Incrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	82,18
15605	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	157,78
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	82,18
16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	157,78
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	82,18
16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	157,78

Externe		
15209	Visite.....	29,40
----	Supplément de consultation en toxicologie 58,70	
16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie).....	88,10
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 58,70	
16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare).....	88,10
Salle d'urgence		
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>		
15210	Visite simple.....	44,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 47,00	
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire).....	91,50
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>		
15606	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 58,70	
----	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste).....	103,20
----	Supplément de consultation en toxicologie 58,70	
16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie).....	103,20
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 58,70	
16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare).....	103,20

R = 1

15213	Visite élaborée.	109,90
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 46,90	
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire).	156,80

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15216	Visite de réévaluation élaborée	73,70
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 47,00	
15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	120,70

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15217	Visite de réévaluation simple	29,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 46,90	
15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	76,30

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité 46,90	
15607	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence).	76,30
15608	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe Maximum 2 fois par médecin, par jour.	62,00

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin omnipraticien référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15218	Stabilisation	61,50
	<u>AVIS :</u> Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section Actes de la demande de paiement.	
15249	Évaluation et interprétation par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance à la salle d'urgence lors d'un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	88,10
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants :	
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	62,30
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	65,80
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	128,10
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	82,18
#15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	144,48
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	82,18
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	144,48
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	82,18
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	144,48

R = 1

15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus.	153,86
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 65,66	
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus.	219,52

AVIS : Incrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus.	103,18
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 65,80	
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus.	168,98

AVIS : Incrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus.	41,16
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 65,66	
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus.	106,82

AVIS : Incrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

----	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité, patient de 70 ans et plus 65,66	
15611	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence), patient de 70 ans et plus.	106,82

15612	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe, patient de 70 ans et plus Maximum 2 fois par médecin, par jour	86,80
-------	--	-------

AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin omnipraticien référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

15219	Visite	13,90
-------	------------------	-------

Domicile

15220	Visite	44,00
-------	------------------	-------

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT** (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser le code d'acte suivant et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

15221	Visite	29,40
-------	------------------	-------

R = 1

MÉDECINE INTERNE

#AVIS : *Pour la facturation des visites et consultations, voir la règle d'application n° 27.*

Cabinet privé

00030	Visite principale	65,80
15392	si plus de 30 minutes, supplément	65,80
15393	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :	
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc	
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome	
	- VIH	
	- greffé	19,70

AVIS : *Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

----	Supplément de consultation 79,00	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	144,80
15394	si plus de 60 minutes, supplément	72,40
15395	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	130,00
	NOTE : L'acte codé 15395 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région.*

00033	Visite de contrôle	38,20
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15396	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
	NOTE : L'acte codé 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.	
	NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine	

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.*

		R = 1
00034	Visite principale (1*)	80,30
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (1*)	80,30
16047	Si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	63,70
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
----	Supplément de consultation	117,40
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	197,70
15397	si plus de 60 minutes, supplément	98,85
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	63,70
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
15398	Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine, pour un maximum de 15 forfaits par médecin, par jour	70,00
NOTE : Nonobstant toute disposition au contraire, l'acte codé 15398 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.		
00038	Visite de transfert (1*)	80,30
16049	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	63,70
<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
00039	Visite de contrôle.	24,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	75,10
NOTE : L'acte codé 00041 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour.		
<u>AVIS :</u> (1*) Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier dans la section Établissement.		

		R = 1
00028	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	80,00
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 00029 ainsi que les honoraires correspondants.</i>	
00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	111,90
#	<u>AVIS :</u> <i>Pour les codes d'acte 00028 et 00029, inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité coronarienne.</i>	
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	165,10
00054	chaque jour subséquent	114,30
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. <i>Voir la règle 14 du préambule général, la règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00
00024	Visite de départ	127,30
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque	127,30
	NOTE : L'acte codé 16050 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00024, le même jour.	

R = 1

Externe	
00042	Visite principale.
15399	si plus de 30 minutes, supplément
15400	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome
	- VIH
	- greffé
	15,00

AVIS : *Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

----	Supplément de consultation	72,60
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,70
15401	si plus de 60 minutes, supplément	61,35
15402	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	100,00
NOTE : L'acte codé 15402 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.		

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région.*

R = 1

15403	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le médecin spécialiste en médecine interne a la charge.	600,00
	NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.	
	NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours.	
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec l'acte codé 15403.	

AVIS : *Cet acte doit être facturé **seul** sur le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) dans la section Actes*
- Inscrire le code ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
*- Inscrire le nombre total de patients dans la case UNITÉS. Ces unités n'ont aucun impact sur les honoraires, **ce champ est obligatoire**;*
*- Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., **mais ne rien inscrire** dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées pour fins de références ultérieures.

00045	Visite de contrôle	28,00
-------	------------------------------	-------

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

----	Supplément de consultation	147,60
00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	197,70
15404	si plus de 60 minutes, supplément.	98,85
16051	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	63,70

AVIS : *Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

R = 1

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	38,10
00047	Visite principale subséquente, par trimestre.	38,10

----	Supplément de consultation 97,30	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	135,40
00049	Visite de contrôle	19,10

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

NOTE : À l'égard du médecin interniste, on applique la tarification de la néphrologie pour les dialyses.

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un spécialiste en médecine interne au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes, et est payable à un interniste, par patient, par clinique des tumeurs.	55,10
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	50,10
----	Supplément de consultation 72,60	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,70
00066	Visite de contrôle	28,00

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	42,30
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	31,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	31,10
09094	Visite de transfert	31,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	23,00
-------	--------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	31,10
09164	Visite de contrôle	16,20

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	29,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	29,70
09148	Visite de contrôle	15,70

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	31,10
09202	Visite de contrôle	16,20

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09041, 09042, 09044, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212 et 15435**, voir la règle d'application n° 23.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	88,20
----	Supplément de consultation 95,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,00
09137	Supplément de durée (1*)	46,30
09129	Visite de contrôle	41,60

Maladies infectieuses en émergence :

15104	Visite principale	77,10
NOTE : Malgré la règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.		

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-Infectiologie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	90,70
16111	Visite principale à partir de la 21 ^e journée de la date d'admission	90,70

AVIS : Voir la règle 5.4 du préambule général.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	90,70
----	Supplément de consultation 84,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,60
09080	Supplément de durée (1*)	17,80
09094	Visite de transfert	77,50

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

#**AVIS :** (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

		R = 1
09152	Visite de contrôle.	34,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	60,00
09000	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin micro- biologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	177,40
09007	premier jour jour subséquent	36,30
NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.		
15252	Gestion d'éclosion intra-établissement mineure (SARM, SARV, ERV, C.difficile, Bacilles gram négatif multirésistants, Diarrhée infectieuse, Influenza, VRS, Légionellose, Gale, Aspergillus, S.aureus, M.tuberculosis et autres pathogènes en néonatalogie)	275,00
15253	premier jour jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	137,50
15254	Gestion d'éclosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hématogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)	550,00
15255	premier jour jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	275,00
15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	110,00
15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport	275,00
NOTE : L'acte codé 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).		

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin
(1200) de la façon suivante, inscrire :
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE
MALADIE;
- le code d'acte approprié (15252 à 15257) dans la sec-
tion Actes;
- le nombre total de rapports (15256 et 15257) dans
la case UNITÉS.

Pour l'acte 15257, conserver pour une période
de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence
ultérieure.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes
d'acte.**

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

16060	Soins critiques :	
----	Visite principale.	126,80
09011	Supplément de consultation 72,70	
	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . .	199,50
16061	Visite de transfert	108,40
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
09019	Visite de contrôle.	39,30
	Maladies infectieuses en émergence :	
09026	Visite principale.	126,80
----	Supplément de consultation 72,70	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	199,50
16062	Visite de contrôle.	39,30
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	199,50
09030	Planification du traitement	88,60
	NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
15434	Planification de l'antibiothérapie séquentielle orale d'une durée d'au moins 21 jours chez un patient de 12 ans ou moins	88,60
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	199,50
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index.	79,80
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	123,10
	chaque jour subséquent	71,70

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

Externe

09162	Visite principale	65,60
----	Supplément de consultation 76,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	142,00
09078	Supplément de durée	26,70

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
 Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09164	Visite de contrôle	30,40
	Maladies infectieuses en émergence :	
09041	Visite principale	80,00
----	Supplément de consultation 79,70	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	159,70
09043	Visite de contrôle	34,80
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
15435	Visite principale	80,00
	Supplément de consultation 119,50	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement).	199,50
09032	Planification du traitement	88,60
	NOTE : Les actes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
09045	Visite de contrôle	45,00

15003	Expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient.	159,70
	NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut être facturée.	

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	199,50
	Maladies infectieuses en émergence :	
09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	199,50
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	199,50
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index.	79,80

AVIS : *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90
09148	Visite de contrôle	14,40
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	56,20

AVIS : *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	65,60
	Supplément de consultation 76,40	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	142,00
09088	Supplément de durée	26,70

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
 Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09202	Visite de contrôle	30,40
	Maladies infectieuses en émergence :	
09074	Visite principale	80,00

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse.
Voir la règle d'application n° 31.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	84,50
15436	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
----	Supplément de consultation 97,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	182,00
15437	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
09137	Supplément de durée (1*)	39,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129	Visite de contrôle	39,00
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15438	Un supplément est payable si patient greffé.	30,00
-------	---	-------

NOTE : L'acte codé 15438 ne peut être facturé avec les actes codés 09080, 09095 et 09096.

09150	Visite principale	90,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	90,00
15439	Si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
----	Supplément de consultation 80,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00
15440	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50
09080	Supplément de durée (1*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	85,00
15441	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	55,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	65,00
15442	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	126,50
	chaque jour subséquent	74,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

00024	Visite de départ	100,00
15443	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

Externe

09162	Visite principale	65,00
15444	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
----	Supplément de consultation	75,00
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,00
15445	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
09078	Supplément de durée	30,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09164	Visite de contrôle	30,00
-------	------------------------------	-------

Transplantation

15446	Visite principale	80,00
15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15448	Visite pendant la première année post-transplantation	100,00
15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	50,00
15450	Visite post-biopsie rénale	100,00
15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	50,00
15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	300,00
15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	150,00
15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	300,00
15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	150,00
15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel	40,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	22,50
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,50
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,50
09148	Visite de contrôle	11,80

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient de moins de 18 ans	60,00
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient	
15035	patient de 18 ans ou plus	483,00
15036	patient de moins de 18 ans	1 530,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans	
15457	dialyse initiale	200,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus	
15040	dialyse initiale	180,00
	Dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
15041	patient de 18 ans ou plus	37,20
15042	patient de moins de 18 ans	120,00
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
15043	patient de 18 ans ou plus	46,00
15044	patient de moins de 18 ans	132,00
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en semaine	
15045	patient de 18 ans ou plus	48,00
15046	patient de moins de 18 ans	132,00
	hémodialyse ayant lieu entre 00:00 heures samedi et 07:00 heures lundi, ou un jour férié	
15047	patient de 18 ans ou plus	42,00
15048	patient de moins de 18 ans	126,00
	NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.	
15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	483,00
15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	483,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	65,00
----	Supplément de consultation 75,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,00
09088	Supplément de durée	30,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	30,00
-------	--------------------------	-------

NEUROCHIRURGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,10
----	Supplément de consultation 89,70	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	134,80
09292	Supplément de durée	28,20
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	16,90
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	34,90
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	34,90
----	Supplément de consultation 68,80	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09152	Visite de contrôle	16,90
00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crânio-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	259,20
15123	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	259,20

NOTE : Concernant les actes codés 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation, en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.

#**AVIS :** (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

16063	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié).	311,10
	NOTE : La règle d'application n° 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16063.	
	Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	
16064	1 ^{er} jour.	207,40
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	51,80
	Externe	
09162	Visite principale.	33,90
----	Supplément de consultation 69,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09164	Visite de contrôle.	15,20
16066	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié). . . .	311,10
	NOTE : La règle d'application n° 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16066.	
15515	Visite de suivi oncologique incluant la détermination du traitement par chimiothérapie ainsi que la supervision de celui-ci par le neurochirurgien.	
	Maximum 1 fois par patient, par mois	50,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	22,60
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	22,60
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	103,70
09148	Visite de contrôle	11,80

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :

09168	Évaluation par un médecin neurochirurgien au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique surspécialisée comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	46,70
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale.	33,90
----	Supplément de consultation 69,80	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09202	Visite de contrôle	15,20

#AVIS : (*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**NEUROLOGIE
NEUROPSYCHIATRIE
ET ELECTROENCEPHALOGRAPHIE**

Cabinet privé :

09127	Visite principale	94,00
16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case*
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 76,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,40
15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément.	20,00
09137	Supplément de durée (1*)	35,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09129	Visite de contrôle	52,70
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	101,30
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	101,30

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

----	Supplément de consultation	54,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	155,40	
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément	20,00	
09080	Supplément de durée (1*)	20,00	
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
#	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
09094	Visite de transfert	101,30	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
09152	Visite de contrôle.	37,60	
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	50,10	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09095	premier jour	117,20	
09096	chaque jour subséquent	68,20	
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient		
09097	premier jour	99,00	
09098	chaque jour subséquent	99,00	
	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
16070	premier jour	101,30	
16071	chaque jour subséquent	73,90	
	NOTE : L'acte codé 16070 ne peut être facturé avec une autre visite, le même jour.		
	NOTE : L'acte codé 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.		
00024	Visite de départ.	110,20	
	NOTE : L'acte codé 00024 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 16071.		
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.		

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

Externe		
09162	Visite principale	70,60
16072	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	20,00
	Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 62,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	132,70
15136	enfant de 14 ans ou moins, supplément	20,00
09078	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.</i>	
09164	Visite de contrôle	40,00
Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	185,90
15137	enfant de 14 ans ou moins, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>	
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
09147	Visite principale	26,60
16073	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

R = 1

09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	26,60
16074	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case*
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	102,50
09148	Visite de contrôle	13,90

Centre hospitalier :

15599	Réunion neuromusculaire multidisciplinaire : Évaluation, par un neurologue surspécialisé en pathologies neuromusculaires et/ou neurogénéticien en compagnie d'un pathologiste, du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un diagnostic et un plan de traitement avec production d'un rapport au dossier du patient. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une réunion neuromusculaire multidisciplinaire à laquelle participent au moins deux médecins d'au moins deux spécialités différentes, incluant au minimum un pathologiste et un neurologue.	50,00
	NOTE : L'acte codé 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.	

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.*

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale.....	70,60
16075	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 62,10	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	132,70
15138	enfant de 14 ans ou moins, supplément	20,00
09088	Supplément de durée.....	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	40,00
-------	--------------------------	-------

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

#AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

15516	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente nécessitant un interprète (autre que français ou anglais); - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préala- blement diagnostiqués	26,00
NOTE : L'acte codé 15516 est facturable avec les actes codés 09165, 09281, 09286, 15080, 15196 et 16076.		

AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

09149	Visite principale	50,50
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	31,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 50,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	101,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 77,50	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	128,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 50,50	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	101,00
15196	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir règle 10.3 - addendum 6)	150,00

AVIS : Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.

AVIS : Aux fins de facturation de la consultation initiale, inscrire dans la section sur l'identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service.

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15517	Réévaluation subséquente dans le cadre de la procréation assistée Maximum 2 réévaluations subséquentes par année (voir règle 10.3 - addendum 6)	75,00
	<u>AVIS :</u> <i>Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>	
15197	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	250,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, inscrire dans la section sur l'identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service.</i>	
15296	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication liée à la procréation médicalement assistée. . .	180,00
	NOTE : L'acte codé 15296 ne peut être facturé avec les actes codés 15294, 15295, 15297 et 15298 le même jour, par le même médecin.	
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	101,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages- femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09129	Visite de contrôle	21,00
09138	Visite prénatale	27,00
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	31,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance.	160,00
16078	visite subséquente	45,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	

	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal . . .	
15518	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	130,00
15519	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	52,00
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15520	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	175,00
15521	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	39,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15522	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente nécessitant un interprète (autre que français ou anglais); - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalalement diagnostiqués	23,00
	NOTE : L'acte codé 15522 est facturable avec les actes codés 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.	

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09151	Visite principale	45,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	45,00
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	27,00

AVIS : *Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.*

AVIS : *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
	NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	48,00

16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	96,00
	NOTE : L'acte codé 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
	Évaluation et prise en charge d'une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée	
15294	premier jour	200,00
15295	par jour subséquent	50,00
	NOTE : Les actes codés 15294 et 15295 ne peuvent être facturés avec les actes codés 15296, 15297 et 15298 le même jour, par le même médecin.	
15297	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée ..	200,00
	NOTE : L'acte codé 15297 ne peut être facturé avec les actes codés 15294, 15295, 15296 et 15298 le même jour, par le même médecin.	
----	Supplément de consultation 45,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	90,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 68,00	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	113,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 45,00	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	90,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 133,40	
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	178,40
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	90,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFES- SIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
# <u>AVIS :</u>	(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	

16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	55,00
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	132,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (2*)	25,00
15085	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	18,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	24,00
#	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.	
15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	27,00
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
#	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément .	5,00
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	33,00
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
#	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . .	5,00
# <u>AVIS :</u>	(2*) Voir la règle 7.2 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	

15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15087	visite subséquente	50,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15089	visite subséquente	50,00
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15523	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile	154,00
15524	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile.	34,50
15525	Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation	500,00
	NOTE : L'acte codé 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des actes sous l'onglet Gynécologie.	
	Externe	
15526	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants: - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente nécessitant un interprète (autre que français ou anglais); - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	20,00
	NOTE : L'acte codé 15526 est facturable avec les actes codés 09170, 09283, 09288, 15090, 15143, 15198 et 16088.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	

		R = 1
09175	Visite principale	39,00
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	23,75
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
#	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
	NOTE : Les actes codés 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	42,00
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	84,00
	NOTE : L'acte codé 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale à la même séance.	
----	Supplément de consultation	39,00
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	59,00
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	39,00
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	78,00
# <u>AVIS :</u>	(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	

----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 129,00	
15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	168,00
	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	
15198	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir la règle 10.3 - addendum 6)	100,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation de la consultation initiale, inscrire dans la section sur l'identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service.</i>	
15527	Réévaluation subséquente dans le cadre de la procréation assistée Maximum 2 réévaluations subséquentes par année (voir règle 10.3 - addendum 6)	50,00
	<u>AVIS :</u> <i>Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>	
15199	Évaluation de fertilité chez un couple (voir la règle 10.2 - addendum 6)	200,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, inscrire dans la section sur l'identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service.</i>	
15298	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée ..	150,00
	NOTE : L'acte codé 15298 ne peut être facturé avec les actes codés 15294, 15295, 15296 et 15297 le même jour, par le même médecin.	
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	78,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16088	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	132,00
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15092	première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	16,00
09166	Visite prénatale, grossesse normale	21,00
#	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.	
15127	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	23,75
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
#	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	28,50
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
#	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15096	visite subséquente	50,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	

16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16090	visite subséquente	38,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15098	visite subséquente	50,00
09192	Clinique des tumeurs pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	30,00
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	36,00
09065	visite de suivi	25,00
	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal	
15528	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	100,00
15529	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	40,00
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15530	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile	134,00
15531	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	30,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,20
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	46,70
16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	40,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin gynécologue oncologue au vu du dossier d'une patiente dirigée par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	50,00
	NOTE : Maximum 6 par médecin, par mois.	

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09209	Visite principale	39,00
15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément (5*)	23,75
#	AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
----	Supplément de consultation 39,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 59,00	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 39,00	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	78,00
15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (6*)	78,00
16092	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15128	Supplément de durée (4*)	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	16,00
15117	Visite prénatale, grossesse normale	21,00
15141	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément (5*)	23,75
	AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
16093	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16094	visite subséquente	38,00
	NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.	
#	AVIS :	
#	(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(4*) Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
	(5*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
#	(6*) Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	

OPHTALMOLOGIE

#AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

* 1) En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

**2) L'évaluation neuroophtalmologique d'un patient dirigé par un neurochirurgien, un neurologue ou un ophtalmologiste est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuroophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

AVIS : Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

09252	Visite principale	64,15
----	* Supplément de consultation 13,50	
09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	77,65
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 26,35	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	90,50
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	77,65
#	AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
09292	Supplément de durée	25,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09123	** Évaluation neuro-ophtalmologique	117,40
09129	Visite de contrôle	37,05
15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,40
#AVIS :	(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
#	(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale.	59,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	59,40
----	* Supplément de consultation 10,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,40
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 29,95	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	89,35
15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,40
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16095	Supplément de durée.	25,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique.	117,40
15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère ..	67,60
	NOTE : L'acte codé 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
09152	Visite de contrôle.	34,30
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	58,30
15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,40

Soins intensifs

15179	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,50
15180	Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire	60,25

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
 Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
 - Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.3.*

#AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie*
(2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

Externe		
09253	Visite principale	47,50
----	* Supplément de consultation 10,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	57,50
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 41,85	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	89,35
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	57,60
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16096	Supplément de durée	25,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	117,40
15181	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère. .	54,00
	NOTE : L'acte codé 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
09164	Visite de contrôle	27,45
15258	Visite de contrôle le week-end et les jours fériés	46,65
15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,40

Salle d'urgence

15182	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,40
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>	

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	47,50
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	47,50
09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,40
09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	89,35
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport.	69,40

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

09148	Visite de contrôle	34,30
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin ophtalmologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins ophtalmologistes. . .	46,60
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15532	Oncologie oculaire Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	90,00
	NOTE : L'acte codé 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient.	
	NOTE : L'acte codé 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation.	
----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	70,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire)	160,00
15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire.	60,00
15535	Évaluation initiale par un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire faite à la demande d'un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire, pour opinion complémentaire, le même jour, par patient	120,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de l'ophtalmologiste qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
15536	évaluation subséquente, par patient	60,00
	NOTE : Les actes codés 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.	
15537	Évaluation, au vu du dossier d'un patient, des résultats de l'examen orthoptique réalisé par un orthoptiste diplômé, dans le but de déterminer la conduite à tenir	15,00
	NOTE : L'acte codé 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour.	
	NOTE : L'acte codé 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile.	
	NOTE : L'acte codé 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09265	Visite principale	47,50
----	* Supplément de consultation 10,00	
09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	57,50
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 41,85	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	89,35
15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	57,60

AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

16097	Supplément de durée	25,50
	Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09202	Visite de contrôle	27,45
15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,40

* NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283** et **09285**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	53,60
----	Supplément de consultation 14,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	68,20
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 25,30	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	78,90
15458	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	68,20

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.

09292	Supplément de durée.	36,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.8.

09129	Visite de contrôle	21,40
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	63,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	63,00
----	Supplément de consultation 15,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 27,20	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	90,20
15459	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	78,70

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

16098	Visite de suivi aux soins intensifs	35,80
-------	---	-------

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
-Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.3.*

09152	Visite de contrôle.	21,90
-------	-----------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale.	41,40
-------	----------------------------	-------

----	Supplément de consultation 12,00	
------	----------------------------------	--

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	53,40
-------	--	-------

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 21,70	
------	---	--

09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	63,10
-------	---	-------

15460	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	53,40
-------	--	-------

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.*

09164	Visite de contrôle.	17,10
-------	-----------------------------	-------

Salle d'urgence

15461	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	67,20
-------	---	-------

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	28,10
-------	-----------------------------	-------

09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	28,10
-------	---	-------

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	53,40
-------	---	-------

09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	65,30
-------	---	-------

15462	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport.	53,40
-------	---	-------

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.*

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

09148	Visite de contrôle	13,00
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de quatre médecins de la même spécialité	48,90
-------	--	-------

Participation à un comité multidisciplinaire formel

Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier ou à l'évaluation d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'un comité multidisciplinaire formel comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'un comité multidisciplinaire formel auquel participent au moins un médecin oto-rhino-laryngologiste et au moins deux autres professionnels de la santé autres qu'un médecin oto-rhino-laryngologiste, et ne peut s'appliquer à plus de quatre médecins oto-rhino-laryngologistes.

#

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15463	premier quart d'heure	48,90
15464	par quart d'heure additionnel	52,50

NOTE : Maximum 12 quarts d'heure par jour, par médecin oto-rhino-laryngologiste.

AVIS : *Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) de la façon suivante, inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le code d'établissement;
- pour l'acte **15464**, inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste en salle d'opération à la demande d'un autre médecin spécialiste, dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre acte chirurgical, à l'exception de la trachéotomie (acte codé 03019) incluant la visite et le rapport au dossier

15183	première heure	262,50
15184	par demi-heure additionnelle	131,30

AVIS : *Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	41,40
----	Supplément de consultation 12,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	53,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 21,70	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	63,10
09202	Visite de contrôle	17,10

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

PÉDIATRIE

15185 Un ou des tests d'allergies alimentaires 28,50

Cabinet privé :

09127 Visite principale 53,00

---- Supplément de consultation 117,00

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 170,00

15538 si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément 130,00

00082 Supplément de durée. 100,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15049 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 116,10

AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

16099 Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste. 86,00

09194 Examen général 53,00

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

09129 Visite de contrôle 47,00

15164 Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance 50,00

AVIS : - Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

- Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale.	150,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois.	150,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	180,00
15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
----	Supplément de consultation en sous-spécialité 66,00	
15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	216,00
15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
15542	Supplément de durée.	130,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15543	Évaluation et prise en charge d'un patient avec pathologie complexe nécessitant une expertise en centre tertiaire (ex. : revue extensive de littérature, consultation(s) hors province, recherches diverses, devant être colligées au dossier), incluant rencontre et explications données au patient et/ou aux parents Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile.	200,00
	NOTE : L'acte codé 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite et est réservé aux centres hospitaliers suivants : - CHUQ - CHUL - CHUS - Hôpital Fleurimont - CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants - Hôpital Sainte-Justine	

09094	Visite de transfert	130,00
-------	-------------------------------	--------

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15544	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour Maximum d'une prise en charge par patient.	300,00
-------	---	--------

15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	156,00
15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00083	Supplément de durée	80,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	
#	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	75,00
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin	
15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	90,00
15551	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour	
	Maximum d'une prise en charge par patient	300,00
15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	81,60
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	60,00
09196	Examen général.	29,80
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
09164	Visite de contrôle	23,00

15166	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure, par séance	50,00

AVIS : - *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	150,00
09296	Visite principale subséquente, par mois	150,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	180,00
09148	Visite de contrôle	31,00
16102	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure, par séance	50,00

AVIS : - *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00
15552	Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour	200,00

00079	Divers : Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes)	81,60
#	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé ou sinon tous les éléments de son identité dans les cases appropriées si la personne ne peut présenter sa carte d'assurance maladie. (Voir la section 3.2.1.4 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement).</i> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la rencontre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	60,00
----	Supplément de consultation 70,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	130,00
00084	Supplément de durée	80,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15116	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	81,60
-------	--	-------

AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

16101	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	60,00
09202	Visite de contrôle	23,00

15167	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
-------	---	--

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance 50,00

AVIS :

- Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.

PHYSIATRIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	80,20
----	Supplément de consultation 63,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,60
09137	Supplément de durée (1*)	39,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	41,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	101,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	101,60
----	Supplément de consultation 54,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	156,10
15321	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15321 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15322	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15322 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15323	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
15324	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche.	124,50
15325	si médecin traitant, supplément	17,40

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15326	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
09080	Supplément de durée (1*) NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	15,90
09094	Visite de transfert <u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	64,70
09152	Visite de contrôle.	34,50
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	46,00
00024	Visite de départ. <u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	104,10

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

Externe		
09162	Visite principale	59,90
----	Supplément de consultation 48,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,20
09078	Supplément de durée (1*)	23,70
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09164	Visite de contrôle	31,20
Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	156,10
15328	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15328 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15329	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15329 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15330	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
#	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.	

Centre de réadaptation

Hospitalisation		
15331	Visite principale	101,60
15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	101,60
----	Supplément de consultation 54,50	
15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	156,10
15334	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15334 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15335 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15336	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
# <u>AVIS :</u>	(1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	

15337	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15338	si médecin traitant, supplément	17,40
15339	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
15340	Visite de transfert	64,70
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
15341	Visite de contrôle.	34,50
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	46,00
15343	Visite de départ.	104,10
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
	Externe	
15344	Visite principale.	59,90
15345	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	15,00
----	Supplément de consultation 48,30	
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,20
15347	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	27,10
15348	Visite de contrôle.	31,20

15349	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par patient post-hospitalisation.	173,60
	NOTE : L'acte codé 15349 n'est facturable que suite à une hospitalisation dans le même centre de réadaptation.	
15350	Évaluation médico-handicap pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; cette évaluation comprend l'anamnèse, l'examen physique, les discussions interdisciplinaires, les rencontres de la personne-ressource accompagnante et la rédaction d'un rapport incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap ainsi que le plan de traitement de réadaptation Maximum 1 fois par 3 mois, par patient	124,60

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	40,60
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	40,60
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	152,00
09148	Visite de contrôle	20,00
	Domicile :	
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	59,90
----	Supplément de consultation 48,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,20
09088	Supplément de durée (1*)	23,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	31,20

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

PNEUMOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	62,80
----	Supplément de consultation 110,90	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,70
09137	Supplément de durée (1*)	26,75
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
09129	Visite de contrôle	43,80
09142	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	9,70
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	65,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,80
15356	Si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 99,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,10
15187	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
15357	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, supplément	20,00
09080	Supplément de durée (1*)	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique	
09094	Visite de transfert	65,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	31,00
15358	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par jour.	

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	52,70
15359	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	60,00
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	122,80
09096	chaque jour subséquent	71,40

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL
ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure
de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs*
*Voir la règle 14 du préambule général, la Règle
d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.*

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	99,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	99,00

Transplantation

09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	160,50
-------	---	--------

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour
aux soins intensifs.

FKP : Forfait prégreffe

15360	Forfait pour suivi de patient adulte atteint de fibrose kystique du pancréas devant être hospitalisé, accepté par le programme de greffe et en attente d'une transplantation pulmonaire, nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP plus de 8 heures par jour	140,00
-------	--	--------

NOTE : Ce forfait est payable une fois par patient, par jour et
inclut les visites, la surveillance ainsi que les procédés
diagnostiques et thérapeutiques.

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas aux patients aux soins inten-
sifs.

00024	Visite de départ	63,00
-------	----------------------------	-------

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier
dans la section Établissement.*

	Externe	
09162	Visite principale	56,50
----	Supplément de consultation 99,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	156,00
09078	Supplément de durée	16,05
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
#	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	39,20
09154	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	
	Salle d'urgence	
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,10
15361	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.	
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	21,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09148	Visite de contrôle	11,20
	Domicile :	
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	56,50
----	Supplément de consultation 99,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	156,00
09088	Supplément de durée	16,05

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.

09202	Visite de contrôle	39,20
09155	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins).....	89,60

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

PSYCHIATRIE

15553 Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation 75,00

NOTE : L'acte codé 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gériopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

AVIS : Voir la règle 9.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.

15554 Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication ou présentant des difficultés langagières 50,00

NOTE : L'acte codé 15554 est facturable avec les actes codés 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08832, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980 ou 08981.

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Cabinet privé :

15555 Un supplément est payable dans les cas de syndrome métabolique, de syndromes extrapyramidaux, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants . . 36,00

NOTE : L'acte codé 15555 est facturable avec les actes codés 08780, 08781, 08782, 08920, 08921, 08922, 08935 ou 16104.

15556 Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire 180,00

NOTE : L'acte codé 15556 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.

08920 Visite principale 200,00

---- Supplément de consultation 80,00

08921 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 280,00

08780 Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 225,00

---- Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 155,00

08935 Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans) 380,00

08781 Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . . 210,00

---- Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 105,00

08782	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	315,00
15557	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	48,00
	NOTE : L'acte codé 15557 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16104	Visite de réévaluation psychiatrique	135,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15558	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication ou présentant des difficultés langagières, supplément	40,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15559	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	135,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15560	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	24,00
	NOTE : L'acte codé 15560 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15561	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	1 080,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15562	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15563	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	72,00
15564	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3)	30,00
	NOTE : L'acte codé 15564 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
08922	Visite de contrôle	81,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	50,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	50,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	48,00
08840	patients de 65 ans et plus	48,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	88,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	62,00
#	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. <u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08908 et 08915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps.	50,00
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	41,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15565	Un supplément est payable dans les cas de syndrome métabolique, de syndromes extrapyramidaux, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants . .	30,00
	NOTE : L'acte codé 15565 est facturable avec les actes codés 08783, 08784, 08785, 08786, 08832, 08936, 08961, 08970, 08971, 08972, 16105 ou 00024.	
08970	Visite principale	170,00
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	170,00
----	Supplément de consultation	80,00
08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	250,00
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	205,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	125,00
08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	330,00
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	180,00

08785	Visite principale gériopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	180,00
----	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	90,00
08786	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	270,00
15566	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15566 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16105	Visite de réévaluation psychiatrique.	75,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15567	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication ou présentant des difficultés langagières, supplément.	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15568	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur.	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15571	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3)	25,00
	NOTE : L'acte codé 15571 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
08972	Visite de contrôle.	41,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	44,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans	44,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans	42,00
08844	patients de 65 ans et plus	42,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	81,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	54,00
#	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. <u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08974 et 08975, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	44,00
08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	35,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. <i>Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.</i>	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
08822	courte intervention	25,00
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	35,00
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	Électroconvulsothérapie (ECT)	
15572	premier traitement	250,00
08977	traitement subséquent	125,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15573	première séance	350,00
15574	séance subséquente	175,00
08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	60,00

08918	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08919	premier jour	275,00
	chaque jour subséquent	100,00

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00

00024	Visite de départ	170,00
-------	----------------------------	--------

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.

Externe

15575	Un supplément est payable dans les cas de syndrome métabolique, de syndromes extrapyramidaux, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants . .	30,00
-------	--	-------

NOTE : L'acte codé 15575 est facturable avec les actes codés 08787, 08788, 08789, 08937, 08980, 08981, 08982 ou 16106.

15576	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.	150,00
-------	---	--------

NOTE : L'acte codé 15576 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.

08980	Visite principale	170,00
----	Supplément de consultation	80,00
08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	250,00
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	205,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	125,00
08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	330,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	180,00
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	90,00
08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	270,00

15577	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15577 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16106	Visite de réévaluation psychiatrique	125,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15578	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication ou présentant des difficultés langagières, supplément	40,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne.	125,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15580	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	20,00
	NOTE : L'acte codé 15580 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15581	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15582	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15584	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3)	25,00
	NOTE : L'acte codé 15584 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
08982	Visite de contrôle	72,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08845	patients de moins de 12 ans	44,00
08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	44,00
08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	42,00
08849	patients de 65 ans et plus	42,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	81,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	54,00
#	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	44,00
08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	35,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08824	courte intervention	25,00
08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	35,00
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	Électroconvulsothérapie (ECT)	
15585	premier traitement	250,00
08987	traitement subséquent	125,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15586	première séance	350,00
15587	séance subséquente	175,00
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
15588	Un supplément est payable dans les cas de syndrome métabolique, de syndromes extrapyramidaux, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
	NOTE : L'acte codé 15588 est facturable avec les actes codés 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08932, 08940, 08941, 08947 ou 16107.	
08940	Visite principale	170,00
08947	Visite principale subséquente, par trimestre.	170,00
08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	250,00

R = 1

08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	205,00
08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	330,00
08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . .	180,00
08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	180,00
08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	270,00
15589	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15589 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16107	Visite de réévaluation psychiatrique	75,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15590	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication ou présentant des difficultés langagières, supplément.	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15591	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	20,00
	NOTE : L'acte codé 15591 est facturable une fois par patient, par médecin, par jour.	
15592	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
15593	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur.	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure	
15594	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15595	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3)	25,00
	NOTE : L'acte codé 15595 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
08941	Visite de contrôle	41,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	44,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	44,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	42,00
08853	patients de 65 ans et plus	42,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	81,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	54,00
#	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	44,00
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	35,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08826	courte intervention, ...	25,00
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	35,00
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	Domicile :	
08945	Visite principale	44,00
08946	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

#15675	Un supplément est payable dans les cas de syndrome métabolique, de syndromes extrapyramidaux, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
#	NOTE : L'acte codé 15675 est facturable avec les actes codés 08795, 08796, 08797, 08914, 08989, 08990, 08991 ou 16108 .	
#15676	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.	150,00
#	NOTE : L'acte codé 15676 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
#	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
08989	Visite principale.	170,00
----	Supplément de consultation 80,00	
08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	250,00
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans).	205,00
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 125,00	
08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans).	330,00
08796	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus). . .	180,00
----	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 90,00	
08797	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	270,00
#15677	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier.	40,00
#	NOTE : L'acte codé 15677 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16108	Visite de réévaluation psychiatrique.	125,00
	AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
#15678	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication ou présentant des difficultés langagières, supplément	40,00
#	AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	

#15679	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	125,00
#	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
#15680	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.	20,00
#	NOTE : L'acte codé 15680 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
#15681	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur . . .	900,00
#	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
#15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur.	750,00
#	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.	
#15683	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
#15684	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3)	25,00
#	NOTE : L'acte codé 15684 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
08990	Visite de contrôle	72,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08954	patients de moins de 12 ans	44,00
08955	patients de 12 ans à moins de 18 ans	44,00
08956	patients de 18 ans à moins de 65 ans	42,00
08957	patients de 65 ans et plus	42,00
08958	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps.	81,00
08959	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	54,00
	<u>AVIS</u> : Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	<u>AVIS</u> : Pour facturer les codes d'acte 08958 et 08959 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08960	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	44,00

08962	<i>Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps</i>	35,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.		
	<i>Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade</i>	
08963	<i>courte intervention</i>	25,00
08964	<i>longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure).</i>	35,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.		
	<i>Électroconvulsivothérapie (ECT)</i>	
#15685	<i>premier traitement</i>	250,00
#15688	<i>traitement subséquent</i>	125,00
	<i>Stimulation magnétique transcrânienne</i>	
#15686	<i>première séance</i>	350,00
#15687	<i>séance subséquente</i>	175,00

RADIO-ONCOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	43,60
09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	43,60
----	Supplément de consultation 40,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09129	Visite de contrôle	25,50
09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	25,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	51,00
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	51,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 115,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	166,00
09080	Supplément de durée	10,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09094	Visite de transfert	36,10
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	36,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	19,30
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	19,30
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	25,70
09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	25,70

	Externe	
09162	Visite principale.	32,40
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) ..	32,40
----	Supplément de consultation 100,60	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,00
09078	Supplément de durée.	15,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle.	19,10
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,20
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier :

	Participation aux cliniques des tumeurs :	
09168	Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes	47,00
	NOTE : Lorsque, dans le cadre d'une clinique des tumeurs, une consultation est faite auprès d'un patient, celle-ci est payable une fois par patient pour l'ensemble des radio-oncologues.	

AVIS : Incrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

15465	Présentation à un ou plusieurs radio-oncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier	50,00
	NOTE : L'acte codé 15465 n'est facturable que par le radio-oncologue présentateur, et ce, une fois par patient, par épisode de soins.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	32,40
09214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	32,40
----	Supplément de consultation 100,60	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,00
09202	Visite de contrôle	19,10
09215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

RHUMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **00031, 00043, 00064, 15468 et 15475**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	108,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	27,60
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation 110,50	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	219,00
15286	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 110,50	
15468	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	219,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15469	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
00032	Supplément de durée (1*)	96,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	62,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	106,40
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	106,40
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	26,60
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 60,60	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
00037	Supplément de durée (1*)	61,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

00038	Visite de transfert	106,40
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
00039	Visite de contrôle.	57,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	94,60
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	99,00
09098	chaque jour subséquent	99,00
00024	Visite de départ.	140,45
15289	patient de moins de 18 ans, supplément	35,10
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
	Externe	
00042	Visite principale.	80,00
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 80,00	
15475	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière) .	160,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15476	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

R = 1

00044	Supplément de durée (1*)	70,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

00045	Visite de contrôle	45,00
-------	--------------------------	-------

Salle d'urgence

15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15479	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15480	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	80,00
15292	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15293	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
00065	Supplément de durée (1*)	70,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	45,00

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

ADDENDUM 12 – SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DE TRAVAIL

Pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

La visite de suivi oncologique en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est la visite que le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

RÈGLE 4.**UNITÉS DE TEMPS**

Au titre de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi en établissement :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

RÈGLE 5.**INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS D'UN PATIENT**

L'intervention clinique auprès d'un patient est la visite, effectuée par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, qui comprend, selon le cas, des fonctions d'investigation, de diagnostic, de traitement, de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé physique et psychosociaux. Selon le cas, le médecin s'implique durant la phase aiguë, chronique, de réadaptation ou de réduction des méfaits des problèmes de santé. De plus, cet acte peut inclure une activité auprès des proches, de la famille et des autres intervenants, ainsi que des visites en milieu du travail.

On paie l'intervention clinique auprès d'un patient par période d'activités d'une heure.

SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	156,00
----	Supplément de consultation 78,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	234,00
09137	Supplément de durée (1*)	84,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	78,00
15613	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	52,00

AVIS : Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	175,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	175,00
16112	patient de 85 ans ou plus, supplément	100,00
----	Supplément de consultation 100,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	275,00
16113	patient de 85 ans ou plus, supplément	100,00
09080	Supplément de durée (1*)	65,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert.	130,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

16114	Visite de suivi oncologique	80,00
-------	-----------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09152	Visite de contrôle	60,00
-------	--------------------------	-------

#AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	40,00
-------	---	-------

AVIS : Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

16116	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,00
-------	--	-------

AVIS : Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09161	Tournée des malades le week-end	80,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	

16117	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité.	100,00
-------	--	--------

00024	Visite de départ.	140,00
-------	------------------------	--------

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.

Externe

09162	Visite principale.	120,00
-------	-------------------------	--------

16118	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	80,00
-------	---	-------

16119	patient de 85 ans ou plus, supplément.	80,00
-------	---	-------

----	Supplément de consultation	60,00
------	----------------------------	-------

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	180,00
-------	---	--------

16120	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	80,00
-------	---	-------

16121	patient de 85 ans ou plus, supplément.	80,00
-------	---	-------

09078	Supplément de durée.	65,00
-------	---------------------------	-------

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

16122	Visite de suivi oncologique (1*)	70,00
-------	--	-------

09164	Visite de contrôle.	60,00
-------	--------------------------	-------

AVIS : (1*) Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16123	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	40,00
-------	---	-------

AVIS : Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

16124	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,00
-------	--	-------

AVIS : Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16125	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	80,00
-------	--	-------

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	100,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	100,00
16126	Patient de 85 ans ou plus, supplément	100,00

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,00
16127	patient de 85 ans ou plus, supplément.	100,00

16128	Visite de suivi oncologique (1*)	80,00
09148	Visite de contrôle	60,00

16129	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	40,00
-------	--	-------

AVIS : Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

16130	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,00
-------	--	-------

AVIS : Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16131	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité.	100,00
-------	---	--------

AVIS : (1*) Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

R = 1

Domicile :		
09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Établissement :

15614	Intervention clinique auprès d'un patient, par heure complétée	190,00
-------	--	--------

NOTE : L'acte codé 15614 inclut les visites effectuées le même jour chez le même patient.

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'heures dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

00085	Évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, par heure complétée	190,00
-------	--	--------

L'évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive est effectuée sur demande écrite d'un établissement de santé ou d'un organisme ayant obtenu l'autorisation du directeur régional de santé publique. Selon la nature de la demande, l'évaluation comporte l'une et l'autre des activités suivantes : l'analyse du problème, l'établissement de recommandations, la coordination d'activités, l'évaluation d'activités ou de résultats.

Cet acte comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : *Aux fins de la facturation, le spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail doit s'assurer d'avoir transmis au Service de l'admissibilité et du paiement une attestation de l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique à la suite de la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est réalisée.*

Vous devez inscrire sur le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- « Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail » dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE;
- le code d'établissement où a été fait l'évaluation dans la case appropriée;
- le code d'acte **0085** facturé sur une seule ligne;
- le nombre d'heure(s) dans la case UNITÉS.

Aucun modificateur n'est applicable à moins d'indication contraire à l'entente.

Si l'attestation de l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique, à la suite d'une demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est réalisée, n'a pas été transmise au Service de l'admissibilité et du paiement, en joindre une copie avec votre facturation.

*À défaut de se conformer à cet avis, le service sera refusé avec le message explicatif **916**.*

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT** (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

*Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.*

09201	Visite principale.	120,00
----	Supplément de consultation 60,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	180,00
09088	Supplément de durée.	65,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09202	Visite de contrôle	60,00
-------	------------------------------	-------

UROLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 15596, 15597 et 16110**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	59,30
15596	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	59,30
----	Supplément de consultation 17,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	77,10
09129	Visite de contrôle	22,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,70
----	Supplément de consultation 24,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	71,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 74,00	
16109	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	121,70
	NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.	
09152	Visite de contrôle	19,10

Externe

09162	Visite principale	45,60
15597	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	45,60
----	Supplément de consultation 13,70	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	59,30
+ ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 63,70	

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

16110	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	109,30
-------	--	--------

NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.

09164	Visite de contrôle	16,90
-------	--------------------	-------

Salle d'urgence

15598	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00
-------	---	-------

AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	25,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	25,80

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,50
09148	Visite de contrôle	13,50

Domicile :

09171	Visite principale	44,00
09172	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport	45,00
-------	--	-------

AVIS : Inscrire l'identification (initiale du prénom, nom et numéro) du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : ((1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

((2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale.....	45,60
----	Supplément de consultation 13,70	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	59,30
09202	Visite de contrôle.....	16,90

#AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

HORS DISCIPLINE

AVIS : Voir la règle 22 du préambule général.

Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

09128	Visite principale	44,00
09139	Visite de contrôle	22,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09158	Visite principale	37,00
09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	37,00
09159	Visite de contrôle	16,00

Externe

09177	Visite principale	37,00
09178	Visite de contrôle	16,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09197	Visite principale	37,00
09298	Visite principale subséquente, par trimestre	37,00
09198	Visite de contrôle	16,00

Domicile :

09179	Visite principale	44,00
09199	Visite de contrôle	16,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09210	Visite principale	37,00
09211	Visite de contrôle	16,00

DIVERS

15264	Constat de décès : constat de décès à distance	25,00
	NOTE : L'acte codé 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.	

09200	rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3)	30,00
-------	--	-------

AVIS : Voir la règle 20 du préambule général.

00080	Surveillance première demi-heure par quart d'heure additionnel	37,00 37,00
-------	--	----------------

AVIS : Voir la règle 9 du préambule général.

*Pour facturer des actes de surveillance codés **00080**, fournir les renseignements suivants :*

- des notes explicatives qui comprennent une description spécifique 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'inscription de l'heure de début et de fin 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 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- 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 une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel (voir 3.2.6 à la section 6 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement);
- la lettre « **A** » dans la case C.S.

+ 09246	Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier	
+	première demi-heure	74,00
	par quart d'heure additionnel	74,00

AVIS : Voir la règle 9.3 du préambule général.
Inscrire dans la case UNITÉS le total des unités, correspondant au temps parcouru pour l'aller seulement, selon les instructions qui figurent sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement à la section 3.2.6.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la section Établissement et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de tout autre gare d'embarquement.

08925	Thérapie de communication	44,00
	(Voir règle 7 du préambule général)	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 2.

15405	Réunions cliniques multidisciplinaires	150,00
15406	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	37,50

(Voir règle 34 du préambule général)

NOTE : La participation aux réunions visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes. Maximum de 40 heures par année civile, par médecin.

NOTE : Les actes codés 15405 et 15406 ne s'appliquent pas aux médecins classés en psychiatrie. Ils ne s'appliquent également pas pour une clinique des tumeurs.

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin (1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié (**15405** ou **15406**) dans la section Actes;
- pour l'acte **15406**, inscrire le nombre total de quarts d'heure additionnels (maximum 3 quarts d'heure) dans la case UNITÉS;
- Les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé avec ces codes d'acte.

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

Conserver, pour une période de 60 mois, les documents concernant la discussion du cas clinique pour fins de référence ultérieure.

R = 1

EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N° 5)

Au cabinet :		
00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	410,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire.	176,00
Dans un établissement :		
00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	337,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire.	146,00
09069	pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans, sur présentation de notes explicatives, par demi-heure additionnelle, supplément.	51,00

AVIS : *Fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.*

ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N° 6)

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocations de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

- 1) Un 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) une revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles
 - yeux
 - système digestif
 - système cardiovasculaire
 - système respiratoire
 - système génito-urinaire
 - système nerveux
 - appareil locomoteur
 - système endocrinien
- 2) Un bilan sommaire des capacités fonctionnelles.

R = 1

- 3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.
- 4) Un 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) Une 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 bénéficiaire.
- 7) La rédaction et son envoi à l'organisme concerné du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
 - le bilan médical et pronostic
 - le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire
 - les suggestions d'allocation de services

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	146,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	36,00

R = 1

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS
EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE N° 64)**

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :		
09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	176,00
Dans un établissement :		
09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	146,00
Supplément :		
(cabinet ou établissement)		
09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives)	51,00

AVIS : Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.

Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance		
15260	évaluation - suite à une ordonnance de la cour	530,00
Évaluation au vu du dossier de l'enfant		
15261	évaluation - au vu du dossier	265,00
15262	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	167,00

AVIS : Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif, comptabiliser le temps en demi-heure (167,00 \$) et utiliser le code d'acte **15262**. Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) de la façon suivante, inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ou les renseignements essentiels dans les cases correspondantes de la demande de paiement dans le cas où le numéro d'assurance maladie n'est pas disponible;
- pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'acte **15262** dans la section Actes;
- le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;

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

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du tribunal pour fins de références ultérieures.

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS
MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS
SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N° 172)**

98000	Évaluation – garde préventive	150,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	250,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	250,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	950,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	175,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé ...	300,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 000,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	600,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	600,00
98009	Évaluation psychiatrique ou gériatrique – Mesure de protection ...	600,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	600,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	600,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	167,00
98020	Signalement à la DPJ	400,00
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé)	480,00

AVIS : Pour la facturation des codes **98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020 et 98021**, utiliser le formulaire Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020 et 98021** dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro d'établissement dans la section Établissement;
- le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.

Voir la page suivante pour la suite des avis administratifs.

R = 1

AVIS : Les évaluations psychiatriques **98005**, **98006** et **98007** sont assurées en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal. Considérant que ce programme assure le service au bénéficiaire de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois, 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.**

Selon les dispositions du programme, vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un accusé non résident du Québec, vous devez inscrire les **renseignements essentiels** suivants sur le formulaire Demande de paiement – Médecin (1200) :

- inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe de l'accusé ou le **numéro d'assurance maladie** de l'accusé dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, si vous le détenez et que la carte d'assurance maladie est valide à la date du service;
- le code **98005**, **98006** ou **98007** dans la section Actes;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S., s'il y a lieu;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro d'établissement dans la section Établissement;
- le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.

AVIS : Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en demi-heure (167,00 \$) et utiliser le code d'acte **98012**.

Si le témoignage du médecin est en relation avec l'une des évaluations codées **98005**, **98006** ou **98007**, vous référer au premier avis inscrit pour ces codes spécifiques pour des instructions additionnelles.

Utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le **numéro d'assurance maladie** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code **98012** dans la section Actes;
 - pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
 - pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - le **nombre de demi-heure(s)** dans la case UNITÉS;
 - les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du Tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou une copie du subpoena assignant le médecin à comparaître selon le cas, pour fins de références ultérieures.

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

1. Rapport médical du médecin traitant

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », le tout tel qu'édicte par la Loi sur la sécurité du revenu et plus particulièrement son article 6.

09800	complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre.	24,00
-------	--	-------

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	24,00
-------	----------------------------------	-------

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	30,00
09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	30,00

SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER

15310	Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques	28,00
15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction	44,00
15312	Examen externe d'un cadavre	54,00

AVIS : *En l'absence du numéro d'assurance maladie de la personne assurée, inscrire la lettre « D » dans la case C.S.*

De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section 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 de naissance (exemple 1940), le mois est toujours **01** et le jour est toujours **01**, soit **400101**
- Sexe : **M** ou **F**

**ANNEXE 24
RÉMUNÉRATION DES SERVICES
MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI
SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES
PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS
DU TRAVAIL**

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'édicte 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'édicte 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
-------	--	-------

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'édicte 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'édicte 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 pré-existante.

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'édicte 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 objet 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'édicte 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
09984	supplément pour la psychiatrie	150,00

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^o 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
09902	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
09985	supplément pour la psychiatrie	150,00
	2^o 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
09980	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.. . . .	75,00
09986	supplément pour la psychiatrie	150,00

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

D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.

09950	supplément pour la psychiatrie	230,00
-------	--	--------

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES

A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé ou dont l'état ne lui permet pas de se présenter au Comité et qui est d'accord à ce qu'une décision soit rendue sur dossier quant à sa réclamation, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur. Les membres du comité posent un diagnostic, déterminent si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité	340,00
09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	100,00
09935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	100,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la Commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

Avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

09976	a) pour tout dossier revu	90,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	150,00

C) 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

09903		65,00
09904		115,00
09905		175,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE**A) Nature du rapport**

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921	étude du dossier, du matériel anatomo-pathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission.	375,00
-------	--	--------

13. 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 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'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre.	350,00
09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	590,00
09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	640,00
09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	850,00
09977	supplément lorsque 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'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre	565,00
09906	le médecin psychiatre qui pratique à la préparation de l'avis commun	750,00
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

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale, du Comité des maladies pulmonaires, du Comité spécial des présidents ou une évaluation médicale visée à l'article 10 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)

15. 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, 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 en cabinet privé	85,00
-------	--	-------

16. 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.*

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL**A) 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 à la Commission du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci	59,00
-------	--	-------

18. 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

19. 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

20. 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.

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.*

Utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli dans la case DATE DE L'ACCIDENT.

**ANNEXE 30
ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES
HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION
LOURDE**

Abrogé.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	70,40		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective..	101,70		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution.....	105,00		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive.....	75,00		
20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale.....	26,00		
20038	Biofeedback du système anorectal, supervision de la technique et interprétation.	65,00		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	70,40		
00876	Shunt porto-cave intrahépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt.....	450,00		
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat).....	75,00		
20139	Élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (Fibroscan) Maximum 1 fois par patient, par année civile ..	30,00	30,00	
	Exploration de l'intestin grêle à partir du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-caecale, à l'aide de la vidéo capsule endoscopique (Givens)			
20043	lecture et interprétation	158,40	158,40	
	NOTE : L'acte codé 20043 ne peut pas être facturé plus d'une fois par année, par patient.			
	Entéroscopie par double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale			

		Établisse- ment R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20044	entre 50 cm et 100 cm	184,80		6
20045	plus de 100 cm	264,00		6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément	15,80		
20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément	42,20		
	chaque polype additionnel	10,60		
	Maximum dix (10) polypes excisés			
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.				
20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	37,00		
Hémofiltration				
	Hémofiltration veino-veineuse ou artério- veineuse continue incluant tous les soins, sauf la première visite et l'insertion du cathéter			
20140	3 premiers jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	300,00		
#09382	3 premiers jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	200,00		
20141	après 3 jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	150,00		
#09383	après 3 jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	100,00		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1 ^{er} jour	157,50		
09427	2 ^e jour	78,80		
09428	3 ^e jour	75,00		
09429	par jour subséquent	39,40		
<u>AVIS :</u> Indiquer la date d'entrée en établissement.				
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 méde- cin en rapport avec la pathologie en cause) . .	170,00		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,50		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	162,80	183,80	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,00	58,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	55,00	55,00	4

ANESTHÉSIOLOGIE

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

VALEUR DE L'UNITÉ 16,30

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple	(voir système digestif)
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	6*
00918	Pulpectomie	5*
00919	Traitement de canal dentaire	5*
00960	Extension des replis muqueux	5*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche	8*
00962	Implantation de prothèse dentaire	5*
00963	Alvéoloplastie	5*
00964	Alvéolectomie	5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	5*
00967	Alvéolite	5*
00968	Fracture alvéolaire	5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	5*
00970	Ablation de torus	5*
+ 00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.	
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle) dans le tissu osseux ou dans le tissu mou sous anesthésie	5*
00920		
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux avec ou sans appareil de traction	5*
00924	Maxillectomie	
00930	partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*

		R = 1	R = 2
	Tubéroplastie (unilatérale) (reconstruction de la tubérosité)		
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux		5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)		5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)		5*
	Intervention sur le trijumeau		
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau		6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance).		4*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie).		
00957	repositionnement bilatéral		10*
00959	diminution		8*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste	34,00
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	17,00
	NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.	

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

41010	Anesthésie générale avec intubation endotrachéale pour chirurgie de la cataracte.	6*
-------	---	----

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Accouchement ou période du travail, ou les deux

00921	sous anesthésie générale	9
00910	sous anesthésie régionale par injection unique	9
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	15

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.5 Lorsqu'une disposition de l'Accord-cadre prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

RÈGLE 16.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

16.1 Pour le médecin classé en chirurgie générale, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'acte **05937** à **05949**.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Forfait pour chirurgie complexe
(acte réservé aux spécialistes en chirurgie générale seulement)

05937	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 200,00	18
05938	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 400,00	18
05939	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 600,00	18
05940	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 000,00	18
05941	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 250,00	18
05942	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total . . .	2 500,00	18
05943	durée anesthésiologique de 10 à 11 heures au total . .	2 750,00	18
05944	durée anesthésiologique de plus de 11 heures	3 000,00	18

AVIS : Voir la règle 16 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Assistance opératoire

+05945	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00
+05946	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00
+05947	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00
+05948	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00
05949	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures . .	1 500,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14 du préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 16 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

Lipomatose diffuse ou neurofibromatose

01126	Exérèse de 5 lésions ou plus	C.S.	5
-------	------------------------------------	------	---

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

01169	Kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou (PG-28)	17,90	5
01172	autres localisations	42,10	5

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables

AVIS : Utiliser une ligne par lésion.

Traitement des angiomes-plans à la face ou au cou antérieur, par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié

01110	sous anesthésie :		
	par cm carré.	22,50	4
+	maximum par séance.	225,00	
	sans anesthésie :		
01112	par cm carré (PG-28)	10,40	
+	maximum par séance.	52,00	

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.

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.

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.

Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.

R = 1 R = 2

TUMEURS CANCÉREUSES

01130 Exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, supplément..... 92,10

NOTE : L'acte codé 01130 peut être facturé avec les actes codés 01131, 01132, 01133 et 01134.

(biopsies comprises)
par excision chirurgicale

Face, cou et organes génitaux

01131 sous anesthésie locale..... 115,20

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie

01132 sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)..... 300,00 6

Autre région

01133 sous anesthésie locale..... 56,90

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie

01134 sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)..... 250,00 6

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch

01199 première couche (PG-28)..... 260,00 6

01190 chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28)
maximum : 2 couches 104,00

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de couches dans la case UNITÉS.

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;

CHIRURGIE PLASTIQUE

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

01451	Intervention très mineure (PG-28)(1*)	35,00	5
01452	Intervention mineure (PG-28)(1*)	100,00	6
01453	Intervention moyenne (PG-28)(1*)	129,00	6
01454	Intervention majeure (PG-28)(1*)	175,00	6
01455	Intervention très importante (PG-28)(1*)	C.S	9
01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement(1*)	500,00	6
#	<u>AVIS :</u> <i>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.</i>		
01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée (1*)	C.S.	10
<u>#AVIS :</u>	<i>(1*) Les codes d'acte 01451, 01452, 01453, 01454, 01455, 01460 et 01461 sont des codes d'acte C.S. au tarif. Les montants sont inscrits seulement à titre de référence (voir la règle 16 du préambule général).</i>		

		R = 1	R = 2
01459	Implantation de matière allogène : À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	131,30	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	115,00	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28) (1*)	650,00	5
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		
01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance.	51,00	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28) (1*)	625,00	5
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		

AVIS :

(1*) *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01463 et 01464 sont réclamés, sauf lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Joindre le compte rendu opératoire.

		R = 1	R = 2
18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant)	700,00	10
18093	remplacement de la composante humérale complète seulement.	850,00	12
18094	avec allogreffe en bloc à l'humérus ou à la glène, supplément	300,00	3
18095	avec allogreffe en bloc à l'humérus et à la glène, supplément	450,00	4
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 18094 et 18095.		

Arthroscopie

02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	250,00	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	6

Arthrotomie

02037	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire : gléno-humérale	350,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

Biopsie

02084	clavicule ou omoplate à l'aiguille.	150,00	4
02085	ouverte.	250,00	6

Examen et manipulation

02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire	200,00	4
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

Excision

02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la ménisectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux.	350,00	6
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la ménisectomie, le cas échéant.	350,00	6
02220	tête humérale.	450,00	6
02778	tumeur bénigne de la clavicule.	350,00	6
+ 02779	tumeur bénigne de la clavicule avec ostéosynthèse.	450,00	6
18140	tumeur bénigne de l'omoplate.	450,00	6
18127	tumeur bénigne de l'omoplate avec ostéosynthèse.	700,00	8
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe.	550,00	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	750,00	8

Exérèse

02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28) .	150,00	5
-------	--	--------	---

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate.	250,00	6
02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie.	550,00	6
02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie.	700,00	6

Fracture

02537	clavicule réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie.	450,00	6
02536	omoplate réduction ouverte col ou glène, une approche.	700,00	7
18141	col ou glène, deux approches.	850,00	8

Greffe

02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate.	300,00	5
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site.			

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200) de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

*Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.*

Microanastomose (grossissement 5X et plus)

02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28) .	790,00	10
02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée .	1 260,00	15
02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	650,00	8
NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.			

Forfait pour chirurgie oncologique complexe

+ 18171	durée anesthésiologique de 2 à 3 heures au total	750,00	10
+ 18172	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	1 000,00	10
09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 300,00	10
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 600,00	12
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 200,00	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 800,00	18
02192	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 400,00	18
+ 18173	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 000,00	18

AVIS : Voir la règle 10 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique. Joindre le compte-rendu opératoire.

INDEX

Page

SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE	K-2
--	------------

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Excision

04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	140,90	6
04158	si effectuée sous anesthésie générale, supplément	119,10	
04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	216,70	6
04162	Réséction locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	216,70	6
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 transmis dans les 3 mois suivant l'intervention)	390,00	6

AVIS : Le rapport pathologique ou microbiologique doit être envoyé en même temps que votre demande de paiement. Si celui-ci n'est pas disponible lors de la facturation, attendre que la Régie vous fasse parvenir une demande de renseignements complémentaires pour le transmettre.

04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	903,00	10
04257	Splénectomie chez le cadavre	264,90	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	903,00	10
04166	suture (iatrogénique)	481,60	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	1023,40	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	504,00	10
04236	Bouton osseux	37,00	4
	Évidement cervical :		
04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	780,00	10
04234	total	624,00	10
04242	bilatéral, toutes techniques	1040,00	12
04238	sus-hyoïdien	390,00	7

		R = 1	R = 2
	Évidement des ganglions lymphatiques :		
+ 04243	région inguinale superficielle ou iliaque seule	571,90	6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde . .	750,00	10
04240	région axillaire de niveau 1,2 ou 3.	602,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identi- fication et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	289,00	6
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une inter- vention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	104,00	
04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule) .	1 183,00	12
04249	post-chimiothérapie, supplément.	200,00	
-----	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	(Voir peau-phanères)	
04245	profond.	C.S.	6
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	500,00	10
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique.	327,60	8

		R = 1	R = 2
<i>Sous-tentorielles</i>			
07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 575,90	18
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 697,00	18
	Tumeur du tronc cérébral		
07531	biopsie seulement	1 575,90	18
07532	exérèse 50 % et plus	2 667,20	18
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
07533	5 cm ou moins	1 940,50	18
07534	plus de 5 cm	2 667,20	18
07832	si mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral, supplément	1 122,60	
<i>Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)</i>			
	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
07535	adénome enclos (grades 0, I et II)	1 333,60	18
07536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 394,10	18
07537	cranio-pharyngiomes	1 515,20	18
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 173,10	18
07539	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément	302,80	
	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
07540	Stade A	1 454,70	18
07541	Stade B	1 697,00	18
07542	Stade C & D (géants)	1 940,50	18
07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 394,10	18
07544	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément	302,80	
07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par craniotomie	2 182,70	18
07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur . .	1 632,80	18
07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 347,70	18
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
07548	2/3 externe	1 454,70	18
07549	1/3 interne	1 792,40	18
07550	Lésions du Clivus	2 572,30	18
07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	2 182,70	18
	Lésions de la tente :		
07552	infratentorielles	1 680,50	18
07553	supratentorielles	1 697,00	18
07554	combinées	2 667,20	18
07555	Lésions intra-orbitaires par craniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	2 182,70	18
07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus . .	2 667,20	18
+ 07000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique	222,50	12

Lésions infectieuses & parasitaires*Sus-tentorielles :*

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

07557	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 333,60	18
07558	sous-durales	849,10	18
07559	épidurales	849,10	18
07560	Exérèse de volet infecté et /ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention .	606,80	12
07561	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention .	560,50	12
07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) ..	545,00	10

Sous-tentorielles :

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 575,90	18
07564	sous-durales	1 008,10	18
07565	épidurales	1 091,40	18
07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	909,60	15
07567	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention .	840,20	15
07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) ..	756,40	15

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 :

07570	Cure d'anévrisme (pour neurochirurgien seulement) : premier, quelle que soit sa morphologie	1 940,50	18
07599	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément (1*)	484,50	
07573	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	509,10	
07744	si anévrisme rompu par craniotomie, supplément	200,00	

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITES.

RÉTINE*Réparation*

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel.	220,30	4
07299	profond.	323,20	6
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbonate ou autre).	400,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure.	308,50	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.	793,20	8
07409	intervention subséquente incluant toute technique.	881,30	10
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale:		
07310	tumeur.	352,50	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire.	352,50	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie.	661,00	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt.	323,20	6
07311	Photocoagulation au laser ou autre procédé. pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)	211,00	5
07303	un oeil.	687,50	8
	<u>AVIS :</u> <i>L'acte 07303 s'applique seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale.	227,70	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive).	352,50	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical. . . .	442,80	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	456,50	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	476,90	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	511,00	7

Supplément pour muscle additionnel

07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (1*)	156,70	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	163,50	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	170,30	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (1*)	184,00	

NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.

07279	Transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles	476,90	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	456,50	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	476,90	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	149,90	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	312,00	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	300,00	6
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	587,50	7
07282	tumeur	881,30	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	390,00	7
+ 07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	673,50	10
+ 07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	587,50	7

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case UNITÉS.

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	V-2
Règle 1 : Tarification	V-2
Règle 2 : Examens	V-4
Règle 3 : Examen radiologique d'un membre	V-4
Règle 4 : Fluoroscopie	V-4
Règle 5 : Examen du colon	V-4
Règle 6 : Tube digestif supérieur en double contraste	V-4
Règle 7 : Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8 : Nez et sinus	V-5
Règle 9 : Examen de la colonne	V-5
Règle 10 : Pharynx et oesophage	V-5
Règle 11 : Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-5
Règle 12 : Bilatéralité	V-5
Règle 13 : Radiographie dentaire	V-6
Règle 14 : Substances de contraste	V-6
Règle 15 : Angioradiologie et radiologie d'intervention	V-6
Règle 16 : Stéréoscopie	V-6
Règle 17 : Consultation exceptionnelle	V-7
Règle 18 : Tarification	V-7
Règle 19 : Rapport	V-7
Règle 20 : Tomographie par ordinateur et résonance magnétique	V-7
Règle 21 : ANGIO-IRM / ANGIO-TDM	V-8
Règle 22 : Révision	V-8
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-9
TABLEAU DES HONORAIRES	V-13
Tête et cou	V-14
Colonne et bassin	V-15
Membres supérieurs	V-15
Membres inférieurs	V-16
Études du squelette	V-16
Thorax	V-16
Abdomen	V-17
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-17
Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-19
Obstétrique et gynécologie	V-19
Fluoroscopie diagnostique	V-20
Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-20
Divers	V-21
Mammographie	V-23
Angioradiologie (technique)	V-26
Angioradiologie (interprétation)	V-27
Tomographie par ordinateur	V-28
Protocole 1 - concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-33
Angio-IRM	V-34
# Cardiaque	V-36

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

AVIS : Sur le formulaire Demande de paiement – Médecin (1200), toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et **le numéro du médecin**, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case CONSULTATION DEMANDÉE PAR.

Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes renseignements.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : Utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606), sauf indication contraire aux tarifs.

Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

AVIS : Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le rôle 7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la section Établissement, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section Protocole I concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

AVIS : *Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique, consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet MÉDECINE DE LABORATOIRE.*

08570	Tête (PG-7)	105,40
08571	Cou (PG-7)	112,00
08590	Sein	150,00
08572	Thorax (PG-7)	140,80

NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut pas être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.

08591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation "I"	35,00
-------	---	-------

NOTE : L'acte codé 08591 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.

		R = 7	R = 1
08573	Abdomen (PG-7)		140,80
08574	Pelvis (PG-7)		140,80
08575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7) ..		112,00
	Colonne		
#08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7) (1*)		104,50
#08577	deux segments (PG-7) (1*)		131,30
08578	trois segments (PG-7)		176,60

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire, sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

08442	Examen vasculaire région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
-------	---	--------

NOTE : L'acte codé 08442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08570.

#AVIS : (1*) *Pour la facturation des actes 08576 ou 08577, inscrire le ou les segments dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

		R = 7	R = 1
08443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique) NOTE : L'acte codé 08443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08571.		105,00
08444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) . NOTE : L'acte codé 08444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08445 ou 08572.		105,00
08445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux. NOTE : L'acte codé 08445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08573 ou 08574.		105,00
08446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) NOTE : L'acte codé 08446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08445, 08447 08449, 08572, 08573 ou 08574.		160,00
08447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire : thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) . NOTE : L'acte codé 08447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08446 ou 08572.		105,00
08448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs NOTE : L'acte codé 08448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08575.		135,00
08449	Examen d'une deuxième région (maximum 1), supplément		67,50

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section ainsi que le service médical 08449 peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec
- CUSM - L'Hôpital de Montréal pour enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu
- Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

AVIS : *Inscrire le modificateur **043** pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

08580	Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7).	175,00
	L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.	
	NOTE : L'acte codé 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.	
	NOTE : L'acte codé 08580 ne peut être facturé avec l'acte codé 08444	
08581	Examen limité (PG-7)	75,00
	NOTE : L'acte codé 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 08580) ne sont pas remplies ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique ».	
08582	Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)	75,00
	NOTE : L'acte codé 08582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.	

R = 7 R = 1

08583	Études de contractilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 08583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.	50,00
08584	Études de perfusion/viabilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1 ^{er} passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.	50,00
08585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7).	27,50
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case UNITÉS.	
08586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7). Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique	55,00
08587	Stress physique avec ergocycle. NOTE : L'acte codé 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).	150,00
08588	Stress médicamenteux Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres).	82,50
08589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres).	137,50
	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section Résonance magnétique - Cardiaque lors d'une même séance.	

9. MANUELS ET FORMULAIRES

9.1 MANUELS

9.1.1 MANUELS SUR INTERNET

Les manuels et les brochures destinés aux médecins spécialistes sont mis à jour régulièrement et disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

9.1.2 MANUELS PAPIER ET COMMANDE

À la demande du médecin spécialiste, 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 s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le médecin spécialiste peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

9.1.3 LISTE DES MANUELS DESTINÉS AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

	Número
Manuel des médecins spécialistes	150
Brochure n ^o 1 - Médecins spécialistes - Accord cadre, entente de principe, protocoles d'accord et décrets	154
Brochure n ^o 2 - Médecins spécialistes - Salarial, Honoraires forfaitaires et Vacation	155
Brochure n ^o 3 - Médecins spécialistes - Mesures incitatives	156
Brochure n ^o 5 - Médecins spécialistes - Rémunération mixte	158
Services de laboratoire en établissement (SLE)	170

Note : Le médecin spécialiste peut consulter les manuels des autres professionnels de la santé ou dispensateurs de services sur le site Web de la Régie.

9.2 FORMULAIRES

9.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

9.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le médecin spécialiste utilisant les demandes de paiement à l'acte papier (1200 et 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*.

9.2.3 COMMANDE

- # Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.
- # Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.